



Kooperation als sicherer Ort

Versorgung von psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe – eine kooperative Herausforderung

Marc Schmid & Matthias Luther

Modul 4: Traumapädagogische Kooperationsstrukturen

Lerneinheit 3: Traumapädagogische Vernetzung und Kooperation

traumapaedagogik.elearning-kinderschutz.de



Inhalt

1. Einleitung	3
2. Traumapädagogisches Verständnis der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe	4
3. Kooperation ist notwendig	7
4. Kooperation als sicherer Ort	8
4.1. Sicherheit mit dem Fall (fachliche Einschätzung – Interaktion)	10
4.2. Institutioneller Auftrag (Außendarstellung der Institution)	11
4.3. Vertrautheit mit Kooperationspartnern und Situationen	12
4.4. Sicherheit durch eine gemeinsame Haltung	13
5. Rechtsgrundlage und Formen der Kooperation	16
5.1. Rechtsgrundlage der Kooperation	16
5.2. Überdauernde Kooperationsstrukturen schaffen	20
5.3. Ausdifferenzierte Formen der Kooperation	21
6. Exkurs: Indikation und Ablauf einer Traumatherapie	25
7. Verhältnis von Traumapädagogik und Traumatherapie	32
8. Das Liaisonkonzept	34
9. Anforderungen an gelingende kooperative Versorgung	35
9.1. Struktur und Ressourcen unabhängig von Fällen	35
9.2. Antizipation von typischen Kooperationsproblemen	36
9.3. Niederschwelligkeit	40
9.4. Rechtzeitigkeit	41
9.5. Personelle Kontinuität/persönliche Ebene – gemeinsame Haltungsentwicklung	41
9.6. Realistische Erwartungen	42
9.7. Gemeinsame Falldefinition	43

9.8. Fallverantwortung.....	44
9.9. Fachliche Position in die Hilfeplanung einbringen.....	45
9.10. Interdisziplinäre Entwicklung störungsspezifischer pädagogischer Konzepte.....	46
10. Traumapädagogische Aspekte: Stärkung der Selbstwirksamkeit der Fachkräfte im Umgang mit psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen durch Aufbau eines sicheren Ortes mit Hilfe von Kooperationen.....	47
11. Gute Gründe für Kooperationsprobleme.....	49
12. Schlussfolgerung.....	50
13. Literatur.....	51

„Man muss nicht das Licht des Anderen ausblasen, um das eigene leuchten zu lassen.“

Aus Griechenland

1. Einleitung

In diesem Beitrag wird die Notwendigkeit einer intensiven Kooperation zwischen (kinder- und jugend) psychiatrischen/-psychotherapeutischen Angeboten und dem sozialpädagogischen Bereich aufgezeigt. Diese wird mit der weiten Verbreitung von psychischen Erkrankungen und Traumafolgestörungen im Feld der Jugendhilfe begründet. Des Weiteren werden Überlegungen zur Ausgestaltung der Kooperation in Anlehnung an eine traumapädagogische Haltung und das Prinzip des Sicheren Ortes angestellt und daraus Ideen zur Ausgestaltung eines Liaisonkonzeptes abgeleitet. Die Grundlage dieses Konzeptes für die Zusammenarbeit sind niederschwellige, aufsuchende kinder- und jugendpsychiatrische Sprechstunden, welche bei einer entsprechenden Indikation und Motivation auch in hochintensive Psychotherapie und Traumapsychotherapie überführt werden können. Durch die größere Sicherheit beider Professionen in der Zusammenarbeit und durch die gemeinsame Fallverantwortung in einem Liaisonsystem können psychisch schwerbelastete und komplex traumatisierte Kinder in ihrer Lebenswelt gemeinsam betreut werden, Verschiebepbahnhöfe um Zuständigkeiten und Kostenträgerschaften vermieden und die Behandlungskontinuität gesichert werden. Die Bedeutung der sozialpädagogischen Profession für die langfristige Integration psychisch kranker Menschen wird durch solche Kooperationen und die dadurch tragfähigeren sozialpädagogischen Institutionen gestärkt.

2. Traumapädagogisches Verständnis der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe

In den deutschsprachigen Ländern können circa 1% aller Kinder und Jugendlichen aus unterschiedlichen Gründen nicht bei ihren Eltern leben (Thoburn, 2007), z.B. weil sie nicht ausreichend gefördert werden oder weil die Eltern selbst zu belastet sind, um den Erziehungsbedürfnissen ihrer Kinder gerecht werden zu können. Die Zahl der Jugendlichen, die ambulante und stationäre Jugendhilfeleistung in Anspruch nehmen, stieg in den letzten Jahren trotz sinkender Geburtenraten kontinuierlich an (Hammer, 2010; Deutsches Statistisches Bundesamt, 2012). Dies korrespondiert mit den Ergebnissen von repräsentativen epidemiologischen Untersuchungen (wie z.B. der KIGGS-Studie des Robert Koch Institutes; Erhart et al., 2007; Lange et al., 2007). Demnach gibt es eine größer werdende Gruppe von Kindern und Jugendlichen in "prekären" psychosozialen Verhältnissen, und diese psychosozialen Belastungen wirken sich sehr negativ auf die körperliche und psychische Gesundheit aus. Die am häufigsten genannten Gründe für die Einleitung von über 30.000 Fremdplatzierungen im Jahr 2011 in Deutschland waren:

1. die eingeschränkte Erziehungskompetenz der Eltern und die damit einhergehende Überforderung mit den Erziehungsaufgaben (43%),
2. kindliche Verhaltensauffälligkeiten, die einen besonderen pädagogischen Bedarf begründen (35%),
3. die Sicherstellung der schulischen und beruflichen Teilhabe (24%),
4. die Gefährdung des Kindeswohles (22%).

Diese Indikationsstellungen zeigen, dass es sich bei fremdplatzierten Kindern um eine **extrem belastete Gruppe** handelt, in welcher sich verschiedene psychosoziale und biologische Risikofaktoren akkumulieren. 60% der fremdplatzierten Kinder und Jugendlichen stammen aus Haushalten, die auf staatliche Unterstützung zum Lebensunterhalt angewiesen sind (Deutsches Statistisches Bundesamt, 2010). Aus den Indikationsstellungen lässt sich des Weiteren ablesen, dass sich der gesellschaftliche Auftrag von Fremdplatzierung und deren Inanspruchnahmepopulation in den letzten Jahrzehnten deutlich

gewandelt hat. Durch den medizinischen Fortschritt sind Kinder und Jugendliche heute viel seltener Waisen, sondern stammen häufiger aus Familien, in denen sich **multiple psychosoziale, aber auch biologische Risikofaktoren** akkumulieren.

Betrachtet man die Entwicklung der gesamten Jugendhilfe genauer, wird deutlich, dass mit dem Ausbau von ambulanten Jugendhilfemaßnahmen die psychische und psychosoziale Belastung der fremduntergebrachten Kinder weiter zunehmen muss. Denn es gelangen nur noch jene Heranwachsenden in stationäre Jugendhilfemaßnahmen oder Pflegefamilien, bei denen ambulante Maßnahmen von vornherein als wenig erfolgversprechend angesehen und daher ausgeschlossen wurden, ambulante Hilfen bereits gescheitert sind oder die familiäre Situation derart angespannt und das Kindeswohl gefährdet ist, dass man die Kinder durch eine Herausnahme aus der Familie schützen muss. Dies führt dazu, dass nur noch besonders belastete Kinder und Jugendliche fremdplatziert werden und viele Fremdplatzierungen erst erfolgen, wenn die ambulanten Hilfsangebote erschöpft sind. Problematisch ist dies, wenn vor diesem Hintergrund Kinder zu lange maladaptiven Erziehungsbedingungen ausgesetzt bleiben und keine stabilen Bindungsmuster entwickeln können (Deutsches Statistisches Bundesamt, 2012).

Der Zusammenbruch und das Fehlen eines ausreichend gut versorgenden bzw. fördernden Familiensystems stellen sozusagen die Indikation für eine Fremdunterbringung dar.

Die Überforderung des Elternsystems führt nicht selten zu massiven Grenzverletzungen von Eltern gegenüber den Kindern sowie zu einer Nichtbeachtung und schweren Vernachlässigungen von kindlichen Bedürfnissen. Fremdplatzierte Kinder und Jugendliche stellen vermutlich diejenige Gruppe im psychosozialen Hilfesystem dar, die mit am häufigsten schwerer Vernachlässigung und/oder interfamiliärer oder sexueller Gewalt ausgesetzt waren. Über drei Viertel der Kinder und Jugendlichen haben bereits traumatische Erlebnisse und/oder schwere Vernachlässigung durchlebt (Jaritz et al., 2008). 81% der Heimjugendlichen aus der Schweiz berichten über mindestens ein traumatisches Lebensereignis und 33% über vier oder mehr traumatische Lebensereignisse, oft innerhalb ihrer Familien (Schmid et al., 2012, 2014).

Zu diesen psychosozialen Risikofaktoren müssen bei Pflege- und Heimkindern häufig noch vielfältige **biologische Risikofaktoren** addiert werden. Pflegekinder waren überdurchschnittlich häufig Geburtrisiken ausgesetzt (Frühgeburt, niedriges Geburtsgewicht, auffällige Apgar-Werte etc.) (Kalland et al., 2006). Fremdplatzierte Kinder sind zudem häufig Nachkommen von psychisch kranken oder suchtkranken Eltern, waren daher oft bereits pränatal psychotropen Substanzen ausgesetzt und weisen auch eine wesentlich erhöhte genetische Vulnerabilität auf (Astley et al., 2002).

In Anbetracht der Vielzahl von Risikofaktoren, die die meisten Heimkinder und Jugendlichen aufweisen, überrascht es nicht, dass sämtliche internationale Untersuchungen zur **psychischen Belastung und Häufigkeit von psychischen Erkrankungen** in der Heimerziehung von einer außergewöhnlich stark belasteten Stichprobe berichten (McCann, 1996; Hukkanen et al., 1999; Ford et al., 2007; Schmid, 2007). Die Prävalenzraten der internationalen Studien gehen davon aus, dass zwischen 44% (Blower et al., 2004) und 96% der Heranwachsenden unter einer psychischen Erkrankung leiden. Oft ist allerdings die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Hinblick auf die psychischen Belastungen nicht ausreichend. Viele psychisch kranke Heranwachsende hatten zwar bereits schon Kontakt zum kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Versorgungssystem, sind aber unbehandelt (Schmid, 2007, 2013).

Aus diesen Gründen ergibt sich die Notwendigkeit, diese Kinder und Jugendliche interdisziplinär zu versorgen und die Schwelle des Zugangs zum kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungssystem für Heimkinder so niedrig wie möglich zu machen. Dies kann letztlich nur dann gut und nachhaltig gelingen, wenn stabile Kooperationsbeziehungen zwischen dem System der Kinder- und Jugendhilfe und dem der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgebaut werden.

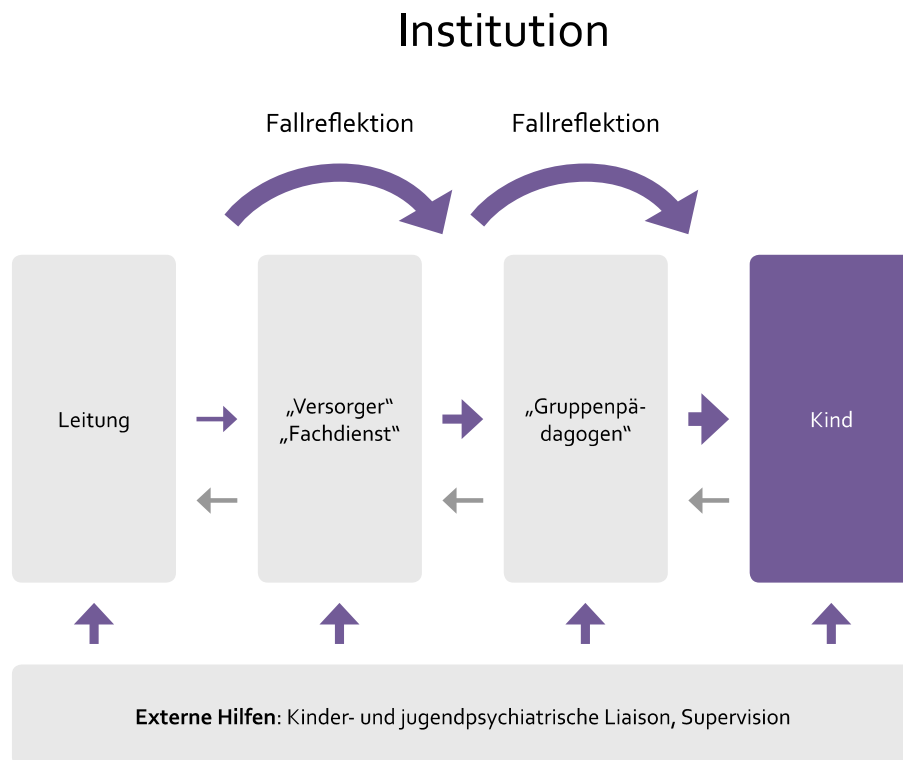


Abbildung 1: Kinder- und Jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Liaison in der Versorgungskette

3. Kooperation ist notwendig

Die beschriebene Akkumulation von Risikofaktoren und die hohe Prävalenz an psychischen Störungen zeigen die Notwendigkeit von vielfältigen Unterstützungsmaßnahmen auf. Die Kinder und Jugendlichen benötigen enge pädagogische Begleitung und Strukturierung im Alltag, vor allem im Miteinander mit Gleichaltrigen und in der Unterstützung bei schulischen Anforderungen (vielfach aufgrund von kognitiven Einschränkungen oder Entwicklungsrückständen), somatische Diagnostik und Behandlung, Begleitung und Coaching im Umgang mit der (oft psychisch belasteten) Herkunftsfamilie, psychotherapeutische Begleitung und ggf. psychopharmakologische Behandlung. Speziell bei Kindern und Jugendlichen mit einer Traumafolgestörung reicht jedoch eine

psychotherapeutische Behandlung, die einmal pro Woche stattfindet, nicht aus. Sie benötigen ein spezifisches milieutherapeutisches Umfeld.

Auch muss bedacht werden, dass über 25% der Kinder und Jugendlichen, die stationär in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt werden, anschließend in der stationären Jugendhilfe begleitet werden (Presting et al., 1998; Martin, 2002; Beck & Warnke, 2009).

All dies macht deutlich, dass diese Kinder und Jugendlichen eine kooperative Versorgung von unterschiedlichsten Helfersystemen benötigen. Als Kooperationspartner sollten neben der stationären Jugendhilfeeinrichtung vor allem folgende benannt werden: Jugendämter, Beratungsstellen, niedergelassene Kinderärztinnen und -ärzte sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sowie Schulen und Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Im Folgenden wird schwerpunktmäßig auf die Kooperation zwischen Jugendhilfeeinrichtungen und Kinder- und Jugendpsychiatrie eingegangen und darauf hingewiesen wie wichtig das Gefühl der Sicherheit auch in der interdisziplinären Zusammenarbeit ist.

4. Kooperation als sicherer Ort

Ausgehend von der traumapädagogischen Prämisse des sicheren Ortes wird deutlich, dass das Gefühl von innerer und äußerer Sicherheit auch die Qualität von Kooperationen sehr stark beeinflusst. Aus traumapädagogischer Perspektive sollte es folglich zentrales Ziel der interdisziplinären Zusammenarbeit sein, die **eigene fallbezogene Handlungssicherheit zu erhöhen und sich gegenseitig zu unterstützen**. Dies gilt insbesondere auch für die Kooperationen zwischen pädagogischen Institutionen und Fachkräften aus dem medizinischen, psychotherapeutischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich.

Kooperationsprobleme eskalieren in der Regel immer dann, wenn kooperierende Disziplinen in einem Fall bereits derart verunsichert sind, dass sie sich in der Interaktion und der Betreuung des Falles so selbstunwirksam fühlen, dass

die Kooperationspartner die Verantwortung für den Fall möglichst vollständig abgeben möchten und sich für nicht mehr oder noch nicht zuständig erklären. Dies kann aber in einer gleichwürdigen Kooperationsbeziehung nie gelingen, da dadurch Unsicherheit beim Kooperationspartner induziert wird, und Kooperation lebt gerade von einer gemeinsamen Fallverantwortung und von einer gemeinsamen Planung. Es ist wichtig zu akzeptieren, dass es viele Fälle gibt, die zwangsläufig in die **Zuständigkeit beider Disziplinen** fallen, und rechtzeitig ein **Netz einer sicheren Kooperationsbeziehung** zu spinnen, um gegebenenfalls im Notfall darauf zurückgreifen zu können.

Die Sicherheit in Kooperationsbeziehungen gilt natürlich auf **allen Ebenen der Versorgungskette** (Kinder - Mitarbeitende - Fachdienst/Versorger - Leitung, s. Abbildung 1). Vermutlich kann die Kooperation über die gesamte Versorgungskette in einer Institution nur dann die nötige Sicherheit entwickeln, wenn auch die Leitungskräfte der kooperierenden Institutionen eine gemeinsame Sicherheit entwickeln, diese an ihre Mitarbeitenden weitergeben, und wenn im Krisenfall Probleme der Mitarbeitenden auch guten Gewissens nach oben weitergegeben und gelöst werden können.

Sichere Kooperationsbeziehungen bedeuten oft:

- a) auf Leitungsebene eine Sicherheit über Finanzen, Haltungen und Außenwirkung,
- b) auf Ebene des Fachdienstes eine Sicherheit in der Kooperation mit den Leitungskräften des Kooperationspartners und dessen Team,
- c) auf Ebene der Mitarbeitenden eine klare Orientierung über den Auftrag und den konkreten Nutzen seines Auftrags in der Kooperation,
- d) und auf Ebene der betroffenen Kinder und Jugendlichen Information und Vorbereitung bzw. emotionale Versorgung. Die Kinder und Jugendlichen sollten im Falle eines Hilfeplangesprächs, eines Gesprächs mit einer Psychologin bzw. einem Psychologen, Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendpsychiaterin bzw. -psychiaters ihrem Entwicklungsstand entsprechend über den Ablauf, den Sinn und den Nutzen für das Kind informiert werden. Falls diese Gespräche Verunsicherung hervorrufen sollten,

sollten die Kinder und Jugendlichen entsprechend darauf vorbereitet und emotional versorgt werden. Es kann zum Beispiel Sinn ergeben, dass sich die kooperierenden Personen vor dem Gespräch kurz beim Kind vorstellen, oder dass es sich den Raum, in dem die Abklärung stattfindet, schon in der Woche vor dem Termin ansehen kann.

Um sich als Fachkräfte in einer Kooperationsbeziehung wohl und kompetent zu fühlen, braucht es eine gewisse Sicherheit und Selbstwirksamkeit auf mindestens den drei folgend beschriebenen Ebenen **Fall, institutioneller Auftrag und Vertrautheit mit dem Kooperationspartner**, welche eingebettet sind in eine gemeinsame Haltung.

4.1. Sicherheit mit dem Fall (fachliche Einschätzung – Interaktion)

Wichtig ist es, dass der/die kooperierende Mitarbeitende eine **ausreichend fachliche Sicherheit** mit dem Fall hat, um sich sicher zu fühlen, seine Position in eine interdisziplinäre Hilfeplanung einzubringen. Er sollte eine klare Einschätzung von diesem Fall, bezogen auf seine Profession, haben, sowie eine daraus abgeleitete klare Vorstellung entwickeln, was er für diesen Fall von den Kooperationsbeziehungen erwartet. Die Beziehung zum Fall, um den es in der Kooperation geht, sollte insofern geklärt sein, dass der kooperierende Mitarbeitende die Ziele seiner Klientin oder seines Klienten für die Kooperation gut kennt und von ihm ein Mandat hat, diese Ziele in den Kooperationsprozess einzuspeisen. Im Rahmen von Kooperationen im Zwangskontext kann es sein, dass institutionelle Ziele vorübergehend von denen der Klientinnen und Klienten abweichen und die Klientin oder der Klient noch nicht in der Lage ist, die Kooperation zu unterstützen. In diesem Fall ist es aber umso wichtiger, der Klientin oder dem Klienten die guten Gründe für die Ziele mitzuteilen und auch zu dokumentieren, um zum erstmöglichen Zeitpunkt ein gemeinsames Narrativ – also eine ressourcenorientierte, förderliche Beschreibung der bisherigen Lebensgeschichte des Klienten / der Klientin in erzählender Form - dazu zu entwickeln. Kurzum sollte der kooperierende Mitarbeitende ein Gefühl dafür haben, „wo er gemeinsam oder im Interesse der Klientin bzw. des Klienten hin

will“, und dabei mit einer gewissen Sicherheit einschätzen können, wie sich die Klientin bzw. der Klient in der Kooperationsbeziehung verhalten wird.

4.2. Institutioneller Auftrag (Außendarstellung der Institution)

Ein wichtiges Element für die Sicherheit und Unsicherheit in Kooperationsbeziehungen ist, zu wissen, welcher **Auftrag bzw. Spielraum** einem seitens der Institution zugestanden wird, und wie man die Institution in dieser Kooperationsbeziehung nach außen **vertreten und repräsentieren** muss. Es macht einen großen Unterschied für die Sicherheit in der Kooperation, ob jemand weiß, dass sie/er je nach Verlauf des Gesprächs selbst über eine Aufnahme, Umplatzierung, Entlassung oder den zusätzlichen Einsatz von Personal zu entscheiden hat, auch wenn diese Entscheidungen finanzielle Folgen haben. Falls diese Entscheide noch mit einer/einem Vorgesetzten abgeklärt werden müssen, ist es wichtig, in diesem Prozess und Austausch eine große Sicherheit zu bekommen. Dies kann dadurch realisiert werden, dass die Leitung ihre Entscheidungskriterien transparent macht und ihre Erreichbarkeit sicherstellt. In der Regel ist es auch schon vor einem Gespräch möglich zu antizipieren, welche Entscheidungen gegebenenfalls anstehen, und diese im Vorfeld abzuklären, so dass die kooperierende Fachkraft handlungsfähig bleibt. Es kann den ganzen Kooperationsprozess sehr behindern, wenn eine Person wegen ihrer Entscheidungsbefugnisse verunsichert ist. Die Verunsicherung überträgt sich vor allem dann in ein System, wenn suboptimale Lösungen im eigenen Entscheidungsspielraum verteidigt werden, obwohl die Kooperationspartner auf bessere Lösungen drängen und diese Argumente eigentlich für alle tragfähig und nachvollziehbar sind. Dies sei am folgenden Beispiel veranschaulicht: Ein Klient benötigt Begleitung für den Schulweg, wofür zusätzliche Ressourcen erforderlich werden. Es besteht Einigkeit darüber, dass diese zusätzlichen Ressourcen auf der Wohngruppe nicht mehr generiert werden können. Die Jugendamtsmitarbeiterin sieht dies anfangs ebenfalls, kann aber der von allen favorisierten Lösung - einer Bewilligung von individuellen Zusatzleistungen - plötzlich nicht mehr zustimmen, da dies nicht in ihrer Befugnis liegt. Anstatt dies offen zu benennen, versucht sie, eine Lösung des Problems in ihrem Entscheidungsspielraum zu erreichen und versucht nun nochmals, Ressourcen in Schule und Heim zu aktivieren. Da diese vorher bereits signalisiert haben, diese nicht zu besitzen, entsteht plötzlich eine Atmosphäre der Rechtfertigung, und es steht im Raum, dass Schule und Wohngruppe nicht gut kooperie-

ren, obwohl sich eigentlich beide in der Problembeschreibung einig waren, die Arbeit gegenseitig sehr schätzen und einfach niemand die Zeit hat, den Schulweg zu begleiten.

Um ausreichende Sicherheit zu erhalten oder wiederzuerlangen, ergibt es jedenfalls Sinn, die Einschränkung des Entscheidungsspielraumes gegebenenfalls frühzeitig aktiv zu benennen und weitere notwendige Zwischenschritte und Abklärungen schon zu Beginn des Gesprächs transparent zu benennen.

Ein weiterer Aspekt betrifft die Art und Weise bzw. Offenheit, wie innerhalb von Kooperationsbeziehungen **Probleme in der eigenen Institution angesprochen werden**. Eine gewisse Transparenz kann helfen, den „guten Grund“ für das Verhalten eines Interaktionspartners zu verstehen. Zum Beispiel kann es sinnvoller sein, direkt die Sorge zu benennen, dass ein Problemfall, wenn er noch diese Woche aus der Klinik entlassen wird, gleich mit ins Ferienlager fahren muss, und daher das Team überfordern könnte, als kinder- und jugendpsychiatrische Argumente ins Feld zu führen. Nur so werden die Probleme konkret und lösbar. Natürlich sind Kooperationen aber auch immer eine Bühne, auf der man seine Arbeit, seine Stärken und Schwächen zeigt und sich zukünftige Aufträge und Zuweisungen sichert. Deshalb ist es für Fachkräfte auch hier wichtig, Sicherheit darüber zu haben, wie sie die Einrichtung präsentieren sollen, welche Stärken sie hervorheben sollen und welche Schwächen sie offen zugeben können bzw. wie über solche Dinge gesprochen wird (z.B. Personalfuktuation) etc.

4.3. Vertrautheit mit Kooperationspartnern und Situationen

Selbstverständlich geht es mit einer hohen Sicherheit einher, wenn man mit demselben Kooperationspartner bereits viele ähnliche Situationen gut bewältigt hat, und bereits eine gemeinsame Haltung zu vielen schwierigen, gemeinsam zu lösenden Alltagsproblemen entwickeln konnte. Weil auch die zwischenmenschliche Komponente eine große Bedeutung hat, ist es sinnvoll, Zeit in ein **frühzeitiges und regelmäßiges gemeinsames Kennenlernen** zu inves-

tieren und die **Personalauswahl an den Schlüsselpositionen** gemeinsam vorzunehmen.

Gleichermaßen verunsichert es, wenn man in noch neuen Situationen erstmals mit bestimmten Menschen oder Institutionen zusammenarbeiten muss. Besonders problematisch kann es sein, wenn man mit Personen oder Institutionen zusammenarbeiten muss, mit denen die Zusammenarbeit nicht immer gut sowie von Konflikten begleitet war. Besonders verunsichernd sind Kooperationsgespräche, bei denen man gegenüber dem Kooperationspartner ein schlechtes Gewissen hat, weil einem selbst Fehler unterlaufen sind und diesen nun um etwas bitten muss. Um ein möglichst sicheres Gefühl für ein schwieriges Kooperationsgespräch zu erlangen, ist es hilfreich, sich diese Punkte zu vergegenwärtigen und sich selbst und die Klientinnen und Klienten gut auf Kooperationsgespräche vorzubereiten. Führungskräfte sollten ihre Mitarbeitenden bei der Vor- und Nachbereitung dieser Gespräche administrativ, fachlich und emotional unterstützen. Es kann auch sinnvoll sein, die Mitarbeitenden bei den ersten Kooperationsgesprächen (Hilfeplan) am Anfang zu begleiten oder ihnen unter Umständen auch eine konkrete Unterstützung zu geben, indem eine verantwortliche Leitungsperson ihre Erreichbarkeit in einer solchen Situation sicherstellt. Sehr sicherheitsstiftend für die Teams ist es auch, wenn diese wissen, dass die Führungskräfte beider Institutionen eine gute Kooperationsbeziehung haben und zu vielen Themen und Fällen schon eine gemeinsame Haltung entwickelt haben (vgl. Abbildung 2: Funktionsträgerebenen kooperieren miteinander).

4.4. Sicherheit durch eine gemeinsame Haltung

Die Haltung zu Beziehungen ist bei Kooperationspartnern und Kindern identisch:

Letztlich kann die Kooperation von Institutionen oder Professionen auch als eine Summe von Interaktionen verstanden werden. Kooperation lebt von vielen zwischenmenschlichen Begegnungen von Menschen, die diese Institutionen und ihre Arbeit repräsentieren. Wenn eine gelingende institutionelle Kooperation die Summe von erfolgreichen zwischenmenschlichen Interaktionen darstellt, lässt sich daraus schluss-

folgern, dass bei der Ausgestaltung der Zusammenarbeit mit institutionellen Kooperationspartnern dieselben Haltungsaspekte förderlich sind wie für die pädagogische Beziehungsgestaltung mit Kindern.

Jesper Juul (2012) beschreibt beispielsweise vier Werte, die Kinder und Jugendliche im Zusammenleben mit den Erwachsenen brauchen, um sich positiv zu entwickeln, welche sich wunderbar auf Kooperationsbeziehungen übertragen lassen (Schmid, 2013):

Gleichwürdigkeit

Im Zusammenhang mit Kooperationsbeziehungen bedeutet Gleichwürdigkeit, dass sich beide Kooperationspartner als gleichwürdig wahrnehmen, sich in ihrer Profession und dem Beitrag, den sie leisten, als ebenbürtig erleben und sich niemand über den anderen stellt.

Authentizität

Authentizität beschreibt, dass beide Kooperationspartner offen miteinander kommunizieren, sich nicht verstellen müssen und jede Partei offen benennt, welches ihre Ziele und Interessen sind, und welche Bedürfnisse man selbst im Rahmen der Kooperation hat. Außerdem ist es wichtig, authentisch auszusprechen, was gegebenenfalls zu optimieren ist und welche Erwartungen man hat. Authentizität bedeutet in der Zusammenarbeit mit Kindern und Jugendlichen, dass man sich nicht verstellt, sich emotional engagiert und präsent ist – dies ist auch in Kooperationen wichtig.

Integrität

Integrität bedeutet, dass alle Kooperationspartner die Grenzen der eigenen Profession sowie der Professionen der anderen achten und nicht in die Belange und Kompetenzen der anderen eingreifen. Jede Profession achtet für sich selbst auf ihre Integrität und reklamiert diese gegenüber ihren Kooperationspartnern, so wie auch Eltern ihre eigenen Erwachsenenbedürfnisse gegenüber ihren Kindern gelegentlich reklamieren und sich mit diesen darüber auseinandersetzen müssen. Dies bedeutet, dass die Entscheidungskompetenz

jeder Profession wertgeschätzt wird sowie Entscheidungen im Idealfall gemeinsam getroffen und engmaschig abgesprochen werden.

Verantwortung

Ein sehr bedeutsamer Teil der Kooperation ist die gemeinsam übernommene Verantwortung für die Hilfeplanung. Jede Partei übernimmt ihre Verantwortung für den Fall solange, bis sie von der anderen Partei aus dieser entlassen wird (vgl. Schweitzer, 2001). Jeder Partner übernimmt die ihm übertragene Verantwortung verlässlich und teilt rechtzeitig mit, wenn er an seine Grenzen stößt und diese nicht mehr im gewünschten Maße übernehmen kann. Jeder Partner verpflichtet sich aber auch, die Verantwortung beim anderen Partner einzufordern und übernimmt keine Aufgaben, auch wenn sie ihm angetragen werden, die im Verantwortungsbereich der anderen Profession liegen. Falls eine Partei Schwierigkeiten hat, Aufgaben zu erfüllen, die in ihrem Verantwortungsbereich liegen, kann sie auch andere Professionen um Hilfe bitten, es bleibt aber in ihrer Verantwortung.

Kreismodell von verschiedenen Kooperationen

Funktionsträgerebenen kooperieren miteinander

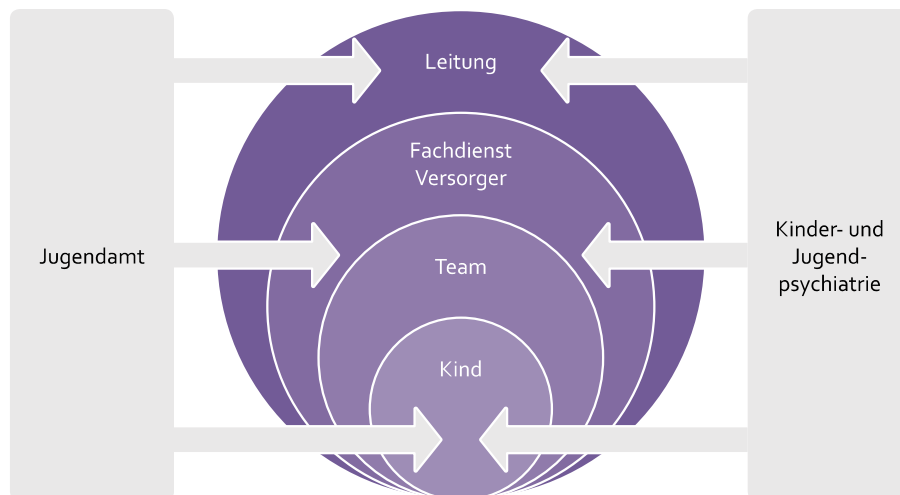


Abbildung 2: Funktionsträgerebenen kooperieren miteinander (Schmid 2013)

5. Rechtsgrundlage und Formen der Kooperation

5.1. Rechtsgrundlage der Kooperation

Letztlich haben Heimerziehung und Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie viele **gemeinsame Wurzeln**, sind sie doch beide aus den ersten (heil-)sonderpädagogischen Heimen entstanden, in denen Kinder mit besonderen Bedarfen betreut, gefördert und beschult wurden. Viele Publikationen, die für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Heimerziehung bedeutsam sind, wurden von Ärztinnen und Ärzten, die in diesen heilpädagogischen Kinderheimen wirkten, verfasst.

Neben dieser fachlichen Trennung erfolgte im Zuge der Ausdifferenzierungen der Hilfesysteme eine **administrative, rechtliche und finanzielle Aufteilung der Zuständigkeiten**. Demzufolge unterliegen kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen dem Krankenkassenentgeltsystem im SGB V, und sozialpädagogische Leistungen im Bereich der Jugendhilfe werden sozialrechtlich im SGB VIII finanziert. Dies führt fast zwangsläufig dazu, dass auch finanzielle Aspekte bei der Definition der Zuständigkeiten mitschwingen. Die für viele, insbesondere für komplexe Fälle notwendige Mischfinanzierung und geteilte Verantwortung wird leider noch viel zu selten realisiert. Eine zentrale Gefahr für die Kooperation liegt darin, dass versucht wird, eine alleinige Zuständigkeit einer Profession für einen Fall zu definieren, obwohl absehbar ist, dass beide Hilfesysteme nachhaltig beschäftigt sein werden (Schmid, 2013; Lempp, 1991). Die Abgrenzung der eigenen Zuständigkeit manifestiert sich zwangsläufig bei den Fällen, die beide Systeme besonders herausfordern und mit ihrer Selbstunwirksamkeit und fachlichen Grenzen konfrontieren sowie gesellschaftlich mittel- und langfristige die höchsten Folgekosten verursachen (Habetha et al., 2012).

Eine rechtliche Kooperationsebene zwischen Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe und dem medizinischen Bereich, insbesondere der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Deutschland, ergibt sich bereits durch die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, wie diese in Form des § 35a SGB VIII im Kinder- und Jugendhilfegesetz geregelt ist. Dort wird ausdrücklich eine interdisziplinäre Hilfeplanung zwischen den Heilberufen, die eine seelische Behinderung diagnostizieren können, und der

Jugendhilfe verlangt. Die Eingliederungshilfe für andere Formen der Behinderung, z.B. körperliche Behinderung oder Sprachbehinderungen, sind im Bereich des SGB XII der Sozialhilfe geregelt. Obwohl aus Perspektive der Integration in die Gesellschaft schon zu Zeiten des Inkrafttretens des § 35a KJHG im Jahr 1993 von vielen Seiten die sogenannte „große Lösung“, d.h. die Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe für alle Hilfebedarfe von Kinder und Jugendlichen, unabhängig vom Vorliegen einer Behinderung oder der Behinderungsform, diskutiert wurde, wurde dies unter anderem aus Angst vor einer zu großen Angebotsausweitung der Jugendhilfe nicht umgesetzt. Der Gedanke wird nun aber aufgrund der Inklusionsdebatte erneut heftiger diskutiert.

Auszug § 35a SGB V-III:

(1) Kinder oder Jugendliche haben Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn

1. ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht, und
2. daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.

...

(1a) Hinsichtlich der Abweichung der seelischen Gesundheit nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 hat der Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Stellungnahme

1. eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
2. eines Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder
3. eines Arztes oder eines psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt,

einzuholen. Die Stellungnahme ist auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen deutschen Fassung zu erstellen. Dabei ist auch darzulegen, ob die Abweichung Krankheitswert hat oder auf einer Krankheit beruht. Die Hilfe soll nicht von der Person oder dem Dienst oder der Einrichtung, der die Person angehört, die die Stellungnahme abgibt, erbracht werden.

In der praktischen Umsetzung entwickelt sich diese Form der Kooperation fast immer auf der Basis einer gutachterlichen Stellungnahme von Seiten der kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Abklärungsstelle, wenn ein Kind dort bereits in Behandlung ist oder wenn ein spezieller Förderbedarf, z.B. von Seiten der Kinder- und Jugendhilfe gesehen wird. Das Besondere am § 35a ist, dass die Jugendhilfe einen Teil der Finanzierung für Eingliederungsmaßnahmen zur Verfügung stellt, welche sich aufgrund einer kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankung und der unmittelbar daraus folgenden Teilhabebeeinträchtigung ergeben. Folglich begründet sich die Hilfe aus den Bedarfen des Kindes und nicht aus den Erziehungsdefiziten des Herkunftssystems. Der § 35a ist ein gutes Beispiel dafür, dass der Gesetzgeber realisiert hat, dass die Seele der Kinder nicht in einen pädagogischen und in einen psychiatrischen Teil zu trennen ist, sondern dass speziell Kinder, die aufgrund von psychiatrischen Erkrankungen in ihrer Teilhabe beeinträchtigt sind, **Unterstützung von beiden Seiten benötigen und somit auf eine gelingende Kooperation der Helfersysteme angewiesen** sind. Leider wird diese Form der gemeinsamen Kooperation noch viel zu selten genutzt. Gerade bei in ihrer Teilhabe oft schwer benachteiligten und psychisch schwer belasteten Heimkindern und Sonderschülern wird die Rechtsgrundlage oft gar nicht angegeben, was die Gefahr birgt, dass der Paragraph „ausgehöhlt“ wird, wenn er fast nur bei leichteren ambulanten Fällen eingesetzt wird (Schmid & Fegert, 2012). Allerdings läuft die Betreuung dieser psychisch belasteten Kinder oder Jugendlichen oft **nacheinander** ab, d.h. ein Kind oder Jugendlicher ist entweder erst in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung, im Laufe derer der pädagogische Betreuungsbedarf gesehen wird (z.B. weil das Kind in der Klinik nicht mehr „tragbar“ ist) oder umgekehrt (z.B. ein Kind lebt in einer Jugendhilfeeinrichtung und bringt die pädagogischen Betreuungspersonen an ihre Grenzen). An

dieser Stelle wird oft nach einer psychotherapeutischen Behandlung oder einer Aufnahme in eine kinder- und jugendpsychiatrische Klinik dieser „Problemkinder oder Systemsprenger“ gesucht. Leider bringt diese psychotherapeutische Behandlung in den meisten Fällen weder die von pädagogischer Seite erhoffte Entlastung und höhere Selbstwirksamkeit des pädagogischen Teams noch eine ausreichend starke Verhaltensänderung beim Kind, sodass die Eskalationsspirale nicht selten in einem Einrichtungswechsel des Kindes mündet, wie von Martin Kühn (2009) treffend als „Reaktionskette in der Eskalation der Hilfen“ beschrieben wurde (vgl. Abbildung 3: Eskalation der Hilfen).

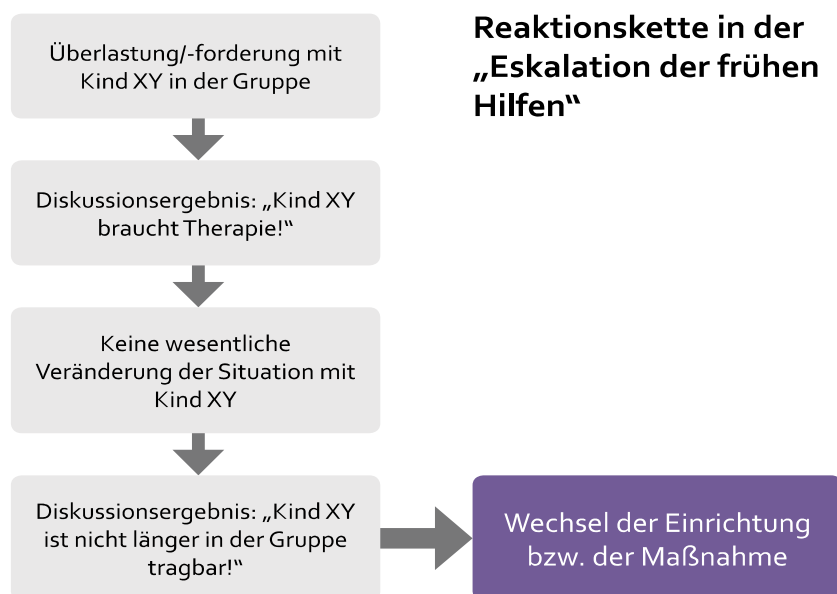


Abbildung 3: Reaktionskette in der „Eskalation der Hilfen“ (Martin Kühn, 2009)

Ein weiterer Grund für diese häufig nicht gelingenden Kooperationsabläufe liegt an der relativ **hochschwellig** „**Komm-Struktur**“, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie weitgehend üblich ist. Aufgrund der in weiten Teilen Deutschlands vorliegenden niedrigen Versorgungsdichte konzentriert sich die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung auf die verhältnismäßig wenigen Kliniken und Praxen (meist eher im städtischen Raum), was für viele Jugendhilfeeinrichtungen lange Anfahrtswege und Abwesenheit der Fachkräfte von der Wohngruppe bedeutet. Dies ist bei der dünnen Personaldichte oft kaum zu leisten, allerdings benötigt eine effiziente Kinder- und Jugendlichentherapie sehr regelmäßige Kontakte zu den Bezugspersonen. Die

Komm-Struktur bedeutet auch, dass die Einrichtungen oft mit recht langen Wartezeiten konfrontiert sind. Dies verschärft die Problematik insofern, dass Fälle erst vorgestellt werden, wenn schon heftige Probleme auftreten und erste Ausstoßungstendenzen bestehen.

Ressourcen für die kontinuierliche Begleitung eines Jugendlichen in seine ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung sind in den Hilfeplänen oft nicht vorgesehen. Auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie gibt es vielfältige organisatorische **Hindernisse**, und es ist finanziell nicht unbedingt lukrativ, sich um Fälle mit einem weitverzweigten Helfernetz zu kümmern. Beispielsweise darf ein Facharzt mit einer sozialpsychiatrischen Praxis seine Praxis für externe Gespräche offiziell gar nicht verlassen, wenn seine nicht approbierten Angestellten dort mit Patienten arbeiten.

5.2. Überdauernde Kooperationsstrukturen schaffen

Die Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte **institutionell** und nicht auf Basis des Einzelfalles geregelt sein, da nur so tragfähige Strukturen aufgebaut und eine personelle Kontinuität in der Zusammenarbeit erreicht werden können. Zentrales Element ist die Erarbeitung **gemeinsamer Falldefinitionen** (s.u.) zwischen psychiatrischen/psychotherapeutischen Angeboten und dem sozialpädagogischen Team. Strukturell müssen die Mitarbeitenden im pädagogischen Bereich für psychische Belastungen sensibilisiert werden und die Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie muss ihre Angebotsstruktur deutlich nach den Bedürfnissen der Jugendhilfeeinrichtung, den dort betreuten Kindern und deren Krankheitsbildern und dem daraus resultierenden pädagogischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Bedarf ausrichten. Um die psychiatrischen/psychotherapeutischen Interventionen und die pädagogischen Interventionen eng aufeinander abstimmen zu können, sollten **gemeinsame Ziele** für die optimale Entwicklung des einzelnen Kindes oder Jugendlichen vereinbart werden. Zentrale Leitfragen für den Prozess der gemeinsamen Zieldefinition sind:

- a) Was ist der „gute Grund“ für das Problemverhalten eines Kindes/Jugendlichen?
- b) Welche Bedürfnisse stehen hinter dem Problemverhalten?
- c) Was ist das Zielverhalten des Kindes oder des /der Jugendlichen?

- d) Was müsste das Kind oder die/der Jugendliche lernen, um das Zielverhalten erreichen zu können?
- e) Wie können Pädagogik und Psychotherapie diesen Lernprozess unterstützen?

Beispielhaft wurde eine solche Kooperation bei der Vereinbarung von gemeinsamen Zielen und deren Überprüfung mittels standardisierter Testverfahren und Zielerreichungsinstrument beschrieben (Jenkel et al., 2012; Schmid et al., 2012).

5.3. Ausdifferenzierte Formen der Kooperation

Es hat sich für kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken sehr bewährt, Strukturen zu schaffen, die es ermöglichen, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrinnen und -psychiater/Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten **aufsuchend** arbeiten und in die Einrichtungen gehen, da es dadurch möglich ist, das ganze pädagogische Team und gegebenenfalls auch die Leitungskräfte in den diagnostischen Prozess und die Behandlung einzubeziehen. Für die Einrichtung sind aufsuchende Sprechstunden durch den Wegfall von Fahrt- und Wartezeit wesentlich ökonomischer. Durch Sprechstunden vor Ort kann eher eine personelle Kontinuität auf beiden Seiten sichergestellt werden, während es im Gegensatz dazu bei Komm-Strukturen fast unvermeidbar ist, dass die Kinder und Jugendlichen von wechselnden Bezugspersonen begleitet werden. Eine Behandlung kann dann nicht die nötige Intensität entfalten, und wichtige Informationen zwischen den Institutionen können nicht übergeben werden. Durch aufsuchende Sprechstunden in den Einrichtungen werden viel mehr belastete Kinder erreicht (Besier et al., 2009), und der Informationsfluss zwischen Einrichtungen und pädagogischen Teams wird erleichtert.

Die höhere persönliche Kontinuität und realistischere Einschätzung der Interventionsmöglichkeiten in beiden Professionen ist vermutlich einer der wesentlichen Wirkfaktoren der engeren strukturierten Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Sozialpädagogik.

Durch milieuorientierte Sprechstunden wird die Stigmatisierung unter den Jugendlichen abgebaut, und Jugendliche können leichter für eine Abklärung und/oder Behandlung motiviert werden. Auch die Verweigerung einer/eines Jugendlichen verliert an Dramatik, wenn die Liaisonpsychiaterin/der Liaisonpsychiater einfach nächste Woche wieder an die Zimmertür klopfen kann.

Primär sollte die kinder- und jugendpsychiatrische Liaison auf eine **kontinuierliche und regelmäßige Unterstützung des Teams** fokussieren. Es sollte für möglichst viele psychisch belastete Kinder und Jugendliche eine gute, an den pädagogischen Bedarfen orientierte kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und eine möglichst intensive Teamberatung angeboten werden. Dieser frühzeitige diagnostische Eindruck eines Kindes bzw. Jugendlichen kann sehr helfen, ein **passgenaues Krisenmanagement** zwischen der Einrichtung und der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu implementieren. Gegebenenfalls kann zusätzlich zu dieser Abklärung eine Unterstützung bei der Hilfeplanung mit den zuweisenden Behörden aus kinder- und jugendpsychiatrischer/-psychotherapeutischer Perspektive heraus angeboten werden. Erst an zweiter Stelle **kommen psychotherapeutische Gruppeninterventionen und psychotherapeutische Begleitungen**. Erst wenn die Jugendlichen ein Mindestmaß an Vertrauen in zwischenmenschliche Beziehungen (zu Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) aufgebaut haben, sind sie in der Regel in der Lage, einen psychotherapeutischen Auftrag zu formulieren, und wünschen sich den emotionalen Austausch durch eine Psychotherapie. Dies bedeutet nicht, dass die Jugendlichen bis dahin keine kinder- und jugendpsychiatrische Begleitung erhalten, diese hat aber eine **andere Intensität und Zielsetzung**. Oft ist es ein wichtiges Therapieziel, den Jugendlichen einen Zugang zu ihren Problemen und Lösungsmöglichkeiten zu ermöglichen, und sie dazu zu bringen, sich einige Zeit bewusst mit ihrem Erleben, ihren Gefühlen und ihrem Verhaltensrepertoire auseinander zu setzen, sowie die Zeit, in der das geschieht, nach und nach weiter auszudehnen. Wenn man zu schnell auf eine „echte“ Psychotherapie pocht, steigt oft nur der Widerstand, und die Jugendlichen gehen aus dem Kontakt. Wenn man aber häufig Kontakte anbietet und diese immer dann vertieft, wenn die Jugendlichen bereit dazu sind, bauen sie ein immer tieferes Vertrauen auf. Oft halten die Jugendlichen diese Fokussierung auf sich selbst, ihre Emotionen und ihre biographischen Belastungen zu Beginn eines Heimaufenthaltes nur wenige Minuten aus, was sich dann mit zunehmender Stabilisierung auf regelmäßige begleitende Sitzungen mit einer Psychotherapeutin/einem Psychotherapeuten steigern lässt. Andere Jugendliche haben bereits Therapieerfahrung,

möchten auf diese nicht verzichten und können direkt auf einer psychotherapeutischen Ebene einsteigen, wenn die Ressourcen dies zulassen. Leider werden die Bedeutung und Wirkung einer guten Diagnostik, kontinuierlichen Teambberatung und Begleitung sowie die Voraussetzungen, die eine erfolgreiche Psychotherapie bei diesen komplexen Fällen benötigt, häufig unterschätzt. Viele Heimjugendliche müssen zuerst im pädagogischen Bereich alternative, positive Beziehungserfahrungen sammeln, bevor sie sich auf eine psychotherapeutische Beziehung und einen emotional bezogenen Dialog mit Erwachsenen „einlassen“ können.

Dies bedeutet, dass die Behandlung erst möglichst niederschwellig beginnen und viele Kinder und Jugendliche erreichen sollte. Bei steigenden Kooperationsmöglichkeiten der Klientin bzw. des Klienten und vorhandenen zeitlichen Ressourcen, die von Seiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie und Heim gemeinsam für die Behandlung dieses Falles aufgewendet werden können, kann die Behandlung intensiver und verbindlicher werden (Schmid, 2012, vgl. Abb. 5).

Es ist in Anbetracht der breiten Unterversorgung leider auch eine Realität, dass in der Regel nicht für alle Patientinnen und Patienten gleich viel Ressourcen aufgewendet werden können, und Ressourcen sinnvoll so eingeteilt werden müssen, dass primär der **grundlegende Versorgungsauftrag** erfüllt wird. In der Regel ergibt es auch Sinn, die teamorientierte Beratung von den Einzelpsychotherapien zu trennen oder sich dieses Rollenkonfliktes sehr bewusst zu sein, sonst besteht die Gefahr, sich selbst in Gegenübertragungsbeziehungen zu verstricken.

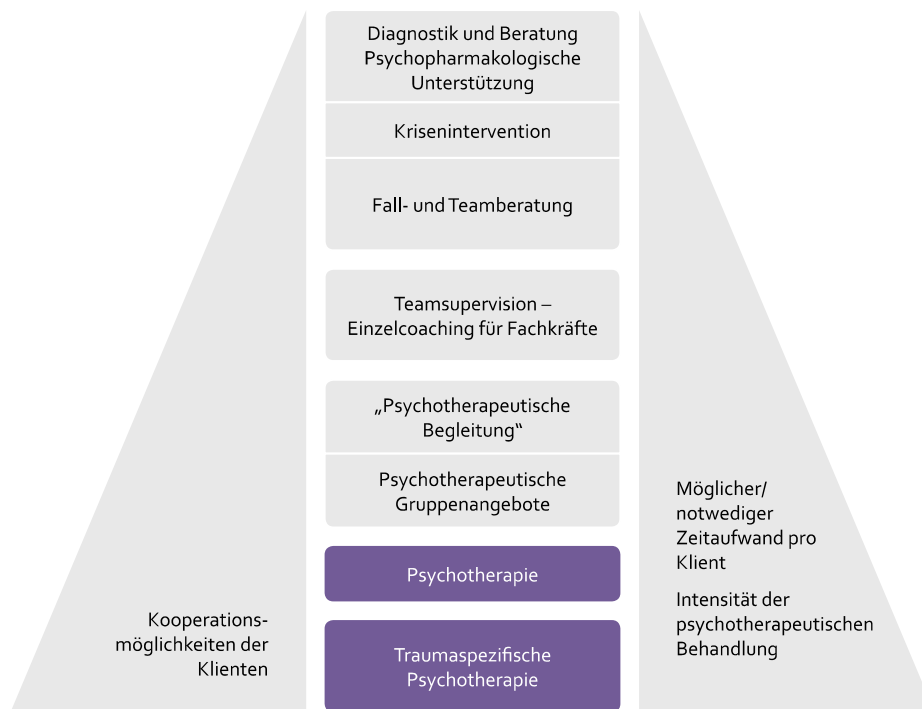


Abbildung 4: Intensivierung der Kooperation in Abhängigkeit von Indikation, vorhandenen Ressourcen und Kooperationsmöglichkeiten (vgl. Schmid, 2012)

Auf der letzten und intensivsten Stufe der Zusammenarbeit steht schließlich eine **Traumatherapie**. Diese ist bei einem Teil der Kinder, die unter eindeutigen Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder einer komplexen Traumafolgestörung leiden, indiziert. Leider erhalten viel zu wenige Kinder und Jugendliche eine evidenzbasierte Traumatherapie. Deshalb ist es ein wichtiges Anliegen, die Zusammenarbeit zwischen Jugendämtern, Jugendhilfeträgern und Pflegefamilien zu verbessern, um über ein gutes Fallmanagement möglichst viele Betroffene evidenzbasierten Behandlungen zuzuführen, wie dies beispielsweise in dem Pilotprojekt CAN-Manage geschieht (Schäfer et al, 2015). Am einfachsten und direktesten kann dies über eine oben beschriebene strukturierte Kooperation mit kinder- und jugendpsychiatrischem Liaisondienst und einem Ambulatorium sowie einem Netzwerk an Traumatherapeutinnen und -therapeuten erfolgen, oder die Jugendhilfeeinrichtungen und Pflegekinderorganisationen vernetzen sich selbst mit niedergelassenen Traumatherapeutinnen und -therapeuten.

6. Exkurs: Indikation und Ablauf einer Traumatherapie

Die meisten Kinder und Jugendlichen leiden eher unter einer **komplexen Traumafolgestörung** und nicht unter einer klassischen Posttraumatischen Belastungsstörung, da sie über viele Jahre hinweg wiederholt traumatischen Erfahrungen ausgesetzt waren. Deshalb sind sowohl beim pädagogischen als auch beim traumatherapeutischen Zugang einige Spezifika in der Beziehungsgestaltung und im Umgang mit den eingeschränkten Fähigkeiten der Selbstregulation zu beachten, welche im folgenden Abschnitt näher beschrieben werden.

Im Rahmen der Psychotherapie von komplexen Traumafolgestörungen kann man zwischen der Behandlung von Traumafolgestörungen anhand von **aktualisierten Alltagssymptomen** und der Behandlung von Traumafolgestörungen **unter Einbeziehung traumatischer Erinnerung** unterscheiden (vgl. Sack, 2010; Schmid 2012; Boos, 2005). Diese Art der Darstellung hat zwei Vorteile:

1. Die stabilisierende Arbeit anhand von Alltagsproblemen bekommt einen klaren Bezug zu den Traumafolgestörungen. Sie wird dadurch aufgewertet und nicht als reine Vorbereitung auf eine richtige Intervention - die **Expositionsbehandlung** - abqualifiziert.
2. Die therapeutische Arbeit mit der traumatisierten Erinnerung wird nicht zwangsläufig als destabilisierend oder zwingend auf eine Stabilisierungsphase folgend dargestellt.

Die klassische Darstellung schürt oft irrationale Ängste vor Expositionsbehandlung, obwohl eine erfolgreiche, fachmännische Traumaexposition mit einer selbstwertfördernden, kognitiv-emotionalen Neubewertung der traumatischen Situation in der Regel eher entlastend und stabilisierend wirkt. Viele Kinder und Jugendliche profitieren sehr von einer **Kombinationsbehandlung** aus einem **Fertigkeitstraining** und einem **Zusammenfügen vieler fragmentierter** Erinnerungen an besonders belastende Situationen in Form eines Traumanarrativs und einer **Neubewertung** dieses Erlebnisses im Rahmen einer Expositionsbehandlung (Steil et al., 2010; Cloitre et al. 2010; Schmid & Goldbeck, 2010). Ein solches Vorgehen erwies sich auch in aktuellen Untersuchungen als besonders wirksam (Cloitre et al., 2010). Interessant an dieser Untersuchung ist vor allem, dass sich eine Traumaexposition nicht nur positiv auf die

PTBS-Symptomatik auswirkte, sondern auch erhebliche Effekte auf die Emotionsregulation und sozialen Schwierigkeiten hatte. Auch bei delinquenten Jugendlichen mit der Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens und Traumasymptomen in Folge von körperlichen Misshandlungen sind traumatherapeutische Interventionen sehr wirkungsvoll (Leenarts et al., 2013). Zudem wurden aus der Gruppe, bei der Fertigkeitentrainings und Expositionsbehandlungen kombiniert wurden, die wenigsten Therapieabbrüche berichtet.

Ein gezieltes Fertigkeitentraining hat somit die Funktion, die Emotionsregulation und soziale Kompetenz zu verbessern. Gerade für sehr belastete, komplex traumatisierte Patientinnen und Patienten kommt dem Fertigkeitentraining noch eine weitere große Bedeutung zu - nämlich sie für eine Expositionsbehandlung vorzubereiten.

Ein Fertigkeitentraining ermöglicht es ihnen, im Rahmen einer Expositionsbehandlung ihre Gefühle benennen und ihre Dissoziationsneigung ausreichend beherrschen zu können (Priebe et al., 2012). Das Ausmaß des dissoziativen Erlebens während der Therapie geht mit einer geringeren Wirksamkeit der Therapie und höheren Abbruchraten einher (Kleindienst et al., 2011; Lynch et al., 2008). Alle evidenzbasierten Therapieverfahren (Kognitive Verhaltenstherapie, NET/Narrative Exposure Therapy und EMDR) haben prinzipiell ein recht ähnliches Vorgehen, sodass für die Exposition das Verfahren gewählt werden sollte, in dem sich die Therapeutin bzw. der Therapeut am sichersten fühlt. Falls sie/er mehrere Verfahren sehr sicher beherrscht, kann auch die Patientin/der Patient bei Entscheidungen über das Vorgehen miteinbezogen werden.

Unterschiede zur klassischen PTBS-Therapie

Bei Menschen, die sequentiell und wiederholt Misshandlung und Vernachlässigung in ihrer Kindheit erlebt haben, unterscheidet sich die Symptomatik oft deutlich von Menschen, die nach einem einmaligen Trauma eine PTBS entwickeln, weshalb bei der Anwendung von traumatherapeutischen Techniken einige Aspekte beachtet werden sollten.

- a) Die interpersonelle Lerngeschichte der Patientin/des Patienten muss bei der therapeutischen Beziehungsgestaltung beachtet werden.

- b) Die Beziehungsbedürfnisse der Patientin/des Patienten nach Sicherheit und Kontrolle müssen besonders gewahrt werden.
- c) Alle unangenehmen Emotionen (Schuld, Scham, Ekel, Wut, Rache etc.) können bei einer Traumatisierung beteiligt sein und müssen in der Therapie aufgegriffen werden.
- d) Das negative Selbstbild der Patientin/des Patienten muss Bestandteil der Psychotherapie sein.
- e) Die chronische Dissoziationsneigung muss im Rahmen der Therapie beachtet werden.
- f) Es stellt sich oft die Frage, mit welchem der traumatischen Ereignisse man eine Expositionsbehandlung beginnen soll.
- g) Ergänzend wird ein Fertigkeitentraining durchgeführt, da viele Betroffene gravierende Mängel in der Selbst- und Emotionsregulation aufweisen und das Training benötigen, um ausreichend stabil zu sein, ihren Alltag und die Exposition bewältigen zu können.
- h) Häufig muss die gesamte Biographie erst rekonstruiert werden, um traumatische Erfahrungen bearbeiten und biographisch einordnen zu können. Biographiearbeit ist daher von großer Bedeutung, auch um bei vorsprachlicher Traumatisierung und Vernachlässigung ein Lebensnarrativ entwickeln zu können.

Die bedeutsamsten Unterschiede zur klassischen Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung ergeben sich daraus, dass bei der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung neben der Angst **noch wesentlich mehr andere unangenehme Emotionen** (Schuld, Scham, Ekel, Rachegefühle, Wut) beim Erleben der Traumatisierung aktiviert waren und diese im Rahmen der Therapie deshalb adäquat behandelt werden. Da oft andere Emotionen die schlimmsten Aspekte der Traumatisierung ausmachen, erzielt eine reine Exposition der Angst nicht die gewünschten Erfolge. Im Rahmen der Erarbeitung des Traumanarrativs muss daher bei einer komplexen Traumatisierung darauf geachtet werden, alle belastenden Gefühle mit den dazugehörigen Gedanken und Sinnesempfindungen zu bearbeiten und aufzuschreiben oder auf Tonträgern festzuhalten. In der Regel sind viele unangenehme Gefühle beteiligt, und die "Hotspots" mit belastenden Gefühlen gehen ineinander über. Hier gilt es, den **dominanten Gefühlen** nachzugehen. Lohnenswert ist es dabei, möglichst nah beim Erleben der Patientin oder des Patienten zu bleiben, dessen Wort-

wahl aufzugreifen und möglichst umfassend alle Aspekte der unterschiedlichen negativen Emotionen zu betrachten, und zu reflektieren, wie der Umgang mit diesen Gefühlen im Alltag ist, und wie sich dieser gegebenenfalls durch die Traumatisierung verändert haben könnte. Die Techniken und Methoden der Traumatherapie im Rahmen der Expositionsbehandlung unterscheiden sich kaum. Die Unterschiede zeigen sich in der Stabilisierungsphase und im Bereich der Vor- und Nachbereitung dieser Expositionsbehandlungen, um dieses sehr wirkungsvolle therapeutische Mittel optimal zu nutzen. Sicher benötigt nicht jede/jeder traumatisierte Heranwachsende in der stationären Jugendhilfe eine Traumatherapie. Es ist aber leider auch eine Tatsache, dass sich sehr viele Kinder und Jugendliche in der Heimerziehung befinden, die sehr von evidenzbasierten Traumatherapien profitieren könnten, aber bei denen die Indikation dafür nie gestellt wird. Deshalb stellt sich die zentrale Frage danach, wann eine solche evidenzbasierte Expositionsbehandlung sinnvoll ist.

Wann ist eine Expositionsbehandlung indiziert?

Ein Problem der Expositionsbehandlung bei komplex traumatisierten Menschen liegt darin, die Patientinnen und Patienten ambulant soweit zu stabilisieren, dass eine Expositionsbehandlung durchgeführt werden kann, insbesondere wenn diese in prekären Lebensverhältnissen leben. Dies führt oft dazu, dass die Patientinnen und Patienten weder ambulant noch stationär behandelt werden (Rosner et al., 2010).

Wenn nun aber Jugendliche in einer traumapädagogischen Institution mit engen Kooperationen zu Traumapsychotherapeutinnen/-therapeuten und Kliniken untergebracht sind, besteht ein wesentlicher Vorteil darin, dass sich eine Expositionstherapie gegebenenfalls eher durchführen lässt. Denn hier können die Klientinnen und Klienten von entsprechend ausgebildeten Fachkräften und den dort vorherrschenden sicheren Strukturen im Alltag besser stabilisiert und unterstützt werden. Traumapädagogische Einrichtungen können in der Kooperation mit therapeutischen Stellen einen „sicheren Ort“ für eine Traumabehandlung darstellen, wenn diese indiziert ist und die Rahmenbedingungen stimmen.

Folgende Rahmenbedingungen und Indikationskriterien sollten gegeben sein.

- ▶ Es liegt eine überdauernde, beeinträchtigende PTBS-Symptomatik (Flashbacks, Intrusionen) vor.
- ▶ Die oder der Heranwachsende wird im Alltag permanent "angetriggert", d.h. Alltagsreize lösen häufig traumatische Erinnerungen aus (insbesondere wenn implizite Probleme bei der Emotionsregulation bestehen und die Klientinnen bzw. Klienten bereits durch minimale Aspekte in zwischenmenschlichen Interaktionen „angetriggert“ werden).
- ▶ Diese traumatischen Erinnerungen führen regelmäßig zu Anspannung und Problemverhalten.
- ▶ Die Platzierung ist wirklich nachhaltig "gesichert".
- ▶ Die Platzierung ist von der/dem Heranwachsenden und ihren/seinen Bezugspersonen nach einer ausführlichen, transparenten Erklärung gewollt.
- ▶ Eine Therapeutin oder ein Therapeut, die/der verlässlich, vertraut und verfügbar ist, hat die notwendigen zeitlichen, persönlichen und fachlichen Ressourcen.
- ▶ Die Patientin/der Patient kennt die mit dem Trauma assoziierten Emotionen und kann sie benennen.
- ▶ Es konnten Möglichkeiten erlernt werden, mit Dissoziation umzugehen.
- ▶ Die äußere Sicherheit ist hergestellt (kein Täterkontakt, sichere Lebenssituation).
- ▶ Es liegt keine Suizidalität vor.
- ▶ Psychotische Erkrankungen können ausgeschlossen werden.

Nutzen der Expositionsbehandlung

Der Nutzen einer Expositionsbehandlung ist vielschichtig. Die Habituation spielt gerade bei komplexer Traumatisierung und den vielen mit dem Trauma assoziierten Gefühlen eine geringere Rolle. Entscheidend ist wohl eher **die Problemaktualisierung und Unterstützung bei der Problembewältigung**. D.h. durch eine Expositionsbehandlung wird sehr deutlich, was heute und was

früher in der traumatischen Situation war, und es kann die Diskrimination von beidem im Alltag unterstützt werden.

Folgende Aspekte lassen sich als **Wirkfaktoren** einer Exposition identifizieren:

- a) „Habituation“ an die Angst,
- b) eindeutig erlebbare Unterscheidung zwischen der traumatisierenden Situation früher und der sicheren Situation heute im Hier und Jetzt,
- c) Bewältigungserfahrung,
- d) Überwindung des Vermeidungsverhaltens und der damit einhergehenden katastrophierenden Gedanken,
- e) Aufwertung von funktionaleren, bewältigungsfördernden Kognitionen,
- f) Erhöhung der Selbstwirksamkeit,
- g) Förderung der Diskrimination von posttraumatischem Erleben und anderen belastenden Ereignissen und Triggern, die durch konkretes verhaltenstherapeutisches Diskriminationslernen noch weiter unterstützt werden kann (Dyer et al., 2009; Steil et al., 2010).

Wie kann eine Expositionsbehandlung umgesetzt werden?

Bei der Erarbeitung des Narrativs ist es zentral, den Aspekt des Überlebens und der Leistung, mit diesem traumatischen Erlebnis umzugehen, zu würdigen. Ein geeignetes Traumanarrativ enthält folgende Kapitel:

1. Beschreibung des Lebens inklusive möglichst vieler Ressourcen des Kindes/Jugendlichen und der Lebenssituation vor dem traumatischen Ereignis,
2. Chronologische Beschreibung des traumatischen Erlebnisses von Beginn bis zum Wiedererlangen von Sicherheit (Wahrnehmung, Kognition, Emotion),
3. Beschreibung der aktuellen Lebenssituation nach dem Trauma,
4. Beschreibung der Erfahrungen und der Entlastung durch die Bearbeitung der traumatischen Erfahrung mit dem Therapeuten.

Die Erarbeitung, das Aufschreiben und das mehrmalige laute Vorlesen eines Traumanarrativs stellen bereits eine Exposition dar, die in der Regel schon ausreicht, um die posttraumatische Symptomatik und das Vermeidungsverhalten völlig abzubauen. Man kann die Exposition aber noch wesentlich stärker betonen, z.B. durch das Aufnehmen des Traumanarrativs auf einen Tonträger und mehrmals tägliches Anhören der Aufnahmen zwischen den Sitzungen, was den Habituationseffekt des Traumanarrativs noch wesentlich verstärkt (Boos, 2005). Ein wichtiger Aspekt im Rahmen der Expositionsbehandlung von Kindern und Jugendlichen ist das Vorlesen und die damit verbundene Eröffnung des Narrativs an die nicht traumatisierenden Bezugspersonen. Gerade für (Pflege-)Eltern, aber auch für Teams in der Heimerziehung kann die Auflösung der unspezifischen Vermutungen über das traumatische Geschehen durch die Erarbeitung eines Traumanarrativs sehr helfen, die Unsicherheit über das Erleben des Kindes und die einhergehenden Phantasien oder gar eigene belastende Bilder, die im Rahmen einer sekundären Traumatisierung auftreten können, zu reduzieren. Eine erfolgreiche Traumaexposition kann somit wesentlich zur Beruhigung der Gesamtsituation beitragen. Die pädagogischen Teams sollten wie die Eltern in die Therapie einbezogen werden, und gerade nach Expositionsbehandlungen sollte sichergestellt werden, dass ausreichend Ressourcen auf der Wohngruppe vorhanden sind, um in einem engen Kontakt mit der Klientin/dem Klienten bleiben und (je nachdem, was die Klientin oder der Klient wünscht) gegebenenfalls zeitnah auf Anspannungszustände etc. reagieren zu können. Es ist möglich, dass Traumatherapiesitzungen die Kinder einmal destabilisieren. Es wäre aber ein Kunstfehler, wenn ein Kind jedes Mal nach der Traumatherapie sehr aufgewühlt auf die Wohngruppe kommt (vgl. Schmid & Goldbeck, 2010; Schmid 2013; Rosner & Steil 2008; Cloitre et al., 2014)

7. Verhältnis von Traumapädagogik und Traumatherapie

Immer wieder wird gegen die psychotraumatologische Ausbildung von pädagogischen Fachkräften ins Feld geführt, dass die Gefahr bestünde, dass diese die Grenze zu therapeutischen Interventionen überschreiten könnten, weshalb hier noch einmal eine Abgrenzung vorgenommen werden soll.

Natürlich gibt es **große und gewünschte Gemeinsamkeiten** zwischen Traumatherapie und Traumapädagogik. Beide Professionen beschäftigen sich mit Psychotraumatologie und wenden diese bei identischer Klientel, oft Menschen mit einer langen Leidensgeschichte aus Misshandlung und Vernachlässigungen, an. Die Gemeinsamkeiten bestehen nicht nur darin, dass sich beide Professionen auf die empirischen Erkenntnisse der Psychotraumatologie beziehen und daraus ihre Interventionen ableiten, seien dies psychotherapeutische oder lebensweltorientierte pädagogische Interventionen. Es zeigen sich auch immense Ähnlichkeiten in der Haltung, mit denen man traumatisierten Menschen gegenübertritt, weil sich beide Professionen an den Beziehungsbedürfnissen von traumatisierten Menschen orientieren und ihr Handeln und ihre Beziehungsgestaltung entsprechend ausrichten.

Die Traumapädagogik entwickelte sich aus der Erkenntnis heraus, dass es nicht ausreicht, die Kinder eine Stunde in der Woche zur Therapie zu schicken, sondern dass die Selbstwirksamkeit der Fachkräfte im täglichen Umgang mit den Kindern und Jugendlichen verbessert werden muss. Zudem erkannte sie, dass die Kinder und Jugendlichen eigentlich rund um die Uhr in ihrer Lebenswelt unterstützt werden müssen, und dass das Potential der Milieuthérapie mit der Chance, den Alltag für fördernde Interventionen zu nutzen, stärker ergriffen werden muss. Gerade Aspekte der Förderung und Stabilisierung sind bei komplex traumatisierten Kindern von besonders großer Bedeutung. Genau für diesen Transfer von psychotherapeutischen Interventionen in die Lebenswelt der Klientinnen und Klienten und von der Lebenswelt in den therapeutischen Raum benötigen Traumapädagogik und Traumatherapie einander (vgl. Abbildung 5: Ansatzpunkte der Therapie der Traumafolgestörungen). Insbesondere für die Bewältigung von Schwierigkeiten, die aus typischen Traumafolgestörungen im Alltag herrühren und die Basis für eine Stabilisierung sind, benötigen wir lebensweltorientierte Interventionen für den Transfer in den Alltag der Institutionen aber auch in andere Lebensbereiche (Schule, Aus-

bildung, Gleichaltrigengruppe). Es geht einerseits darum, gelernte Fertigkeiten aus der Therapie im Alltag unterzubringen, insbesondere um Fertigkeiten der Selbst- und Fremdwahrnehmung, der Emotionswahrnehmung, Stabilisierung und Kontrolle von selbst- und fremddestruktiven Impulsen zu erlernen und im Alltag zu vertiefen. Andererseits ist es zur Stabilisierung der Kinder und Jugendlichen in der Heimerziehung auch wichtig, dass ihre Alltagsprobleme in der Therapie bearbeitet werden und die Therapeutinnen und Therapeuten über diese ausreichend und regelmäßig informiert sind.

Hierfür muss eine **gemeinsame Sprache** zwischen Psychotherapie und Pädagogik entwickelt werden, und es ist sehr sinnvoll, dass in der Therapie und Pädagogik die gleichen Begriffe aus der Psychoedukation verwendet werden. Es ergibt gerade für komplex traumatisierte Kinder viel Sinn, Aspekte der Psychoedukation in ihren Alltag zu integrieren und Aspekte davon zu malen, zu basteln und zu modellieren oder einfach zu jeder Tages- und Nachtzeit im Alltag wieder aufzunehmen.

Traumapädagogik bedeutet keinesfalls, dass pädagogische Fachkräfte psychische Erkrankungen diagnostizieren oder psychotherapeutisch behandeln sollen. Traumapädagogische Interventionen sollen eine Stabilisierung und Förderung im Alltag unterstützen und eine hohe Traumasensibilität in der alltäglichen Beziehungsgestaltung garantieren.

Es kann eine gewisse Überschneidung bei der Anwendung von stabilisierenden Interventionen, der Psychoedukation und dem Einsatz von Verfahren der Biographiearbeit geben. Verfahren der Exposition mit traumatischen Erinnerungen werden in der Traumapädagogik dagegen niemals zur Anwendung kommen. Eine fundierte traumapädagogische Ausbildung sollte es aber ermöglichen, dass der Behandlungsbedarf eines Kindes früher erkannt wird, effektive Kooperationen zum therapeutischen Bereich aufgebaut werden, und dass besser verstanden wird, wie in gelingender Zusammenarbeit das Kind in der Jugendhilfe stabilisiert werden kann und für psychotherapeutische Behandlungen motiviert und dafür vorbereitet werden kann. Das Eingehen einer therapeutischen Beziehung benötigt oft ein derart hohes zwischenmenschliches Vertrauen, dass es für komplex traumatisierte Klientinnen und Klienten oft schwer ist, sich gleich auf eine solche emotionalisierte Beziehung

einzulassen, ohne zuvor jemals andere positive Beziehungserfahrungen gemacht zu haben. Traumapädagogische Beziehungen in der Wohngruppe erlauben es, erste positive Beziehungserfahrungen zu sammeln, welche es oft erst in einem zweiten Schritt ermöglichen, sich auf eine längere Psychotherapie einzulassen (Schmid; 2012, 2013).

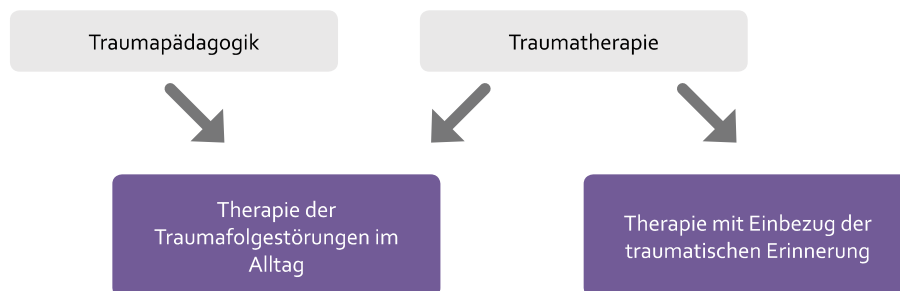


Abbildung 5: Ansatzpunkte der Therapie der Traumafolgestörungen

8. Das Liaisonkonzept

Die Basis eines Liaisonkonzeptes ist folgende: Eine aufsuchende, ständig verfügbare Kooperationsstruktur zwischen pädagogischen Institutionen und Kinder- und Jugendpsychiatrie, welche auf gegenseitiger Wertschätzung und auf gleicher Augenhöhe gelebt wird. Die Finanzierung erfolgt in Form einer Mischfinanzierung durch Krankenversicherungsleistungen und durch die Jugendhilfe – was im jeweiligen Tagessatz miteinberechnet ist.

Dieses Kooperationsmodell sieht folgende Bausteine vor:

- a) Regelmäßige Sprechstunden in den pädagogischen Institutionen durch psychologische oder psychiatrische Fachpersonen primär mit dem Ziel, die pädagogischen Teams zu stärken, sowie zur Erarbeitung gemeinsamer Falldefinitionen;

- b) Einzeltermine mit den platzierten Kindern oder Jugendlichen zur Durchführung von kinder- und jugendpsychiatrisch/-psychotherapeutischen Bedarfsabklärungen;
- c) Triage bzw. Vermittlung von ausführlichen psychiatrischen Abklärungen oder psychotherapeutischer Behandlung;
- d) Je nach Institution erfolgen die therapeutischen Behandlungen/Abklärungen in der Institution oder in der Klinik. In Institutionen mit einem milieuthérapeutischen Auftrag sind die psychologischen und/oder psychiatrischen Fachpersonen praktisch Teil des Gesamtteams und besitzen ein eigenes Büro in der Institution. In diesem Fall nehmen die Fachpersonen der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik auch an Helferrunden mit den zuweisenden Behörden und ggf. weiteren Helfersystemen teil;
- e) 24-h-Notfalldienst durch die Dienstärzte der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik;
- f) Durchführung von regelmäßigen Weiterbildungen/Supervisionen der pädagogischen Teams;
- g) gruppentherapeutische Angebote.

9. Anforderungen an gelingende kooperative Versorgung

9.1. Struktur und Ressourcen unabhängig von Fällen

In Anbetracht dessen, dass in der Praxis sowohl in Jugendhilfeeinrichtungen als auch in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken eine gewisse Personalfuktuation eher die Regel als die Ausnahme ist, lohnt es sich, **klare Kooperationsstrukturen**, die in die jeweiligen Organigramme eingebettet sind, aufzubauen. Darüber hinaus empfiehlt es sich, die Form und den Umfang der Kooperation **primär nach den Bedürfnissen der Institution und deren Profil auszurichten** – und zwar unabhängig von den Fällen. So benötigt z.B. eine Krisenaufnahmeeinrichtung, die regelmäßig von der Polizei potentiell traumati-

sierte Jugendliche zugewiesen bekommt, eine andere, meist intensivere Form der Kooperation als eine Wohngruppe, in der stabile Jugendliche oft über Jahre leben, die eine geregelte Tagesstruktur einhalten können.

Jede Form der Kooperation wird früher oder später problematisch werden, wenn nicht beide Kooperationspartner in gleicher Art und Weise von der Kooperation profitieren. Auch sollten möglichst alle institutionellen Ebenen von der Kooperation profitieren und letztlich in die Kooperationsstrukturen eingebunden sein.

9.2. Antizipation von typischen Kooperationsproblemen

Ein klassisches Problem in Kooperationen zwischen pädagogischen Institutionen und Kinder- und Jugendpsychiatrien stellt die Versorgung von Kinder und Jugendlichen in psychiatrischen Krisen (z.B. bei akuter Suizidalität) dar. So fällt es kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken wesentlich einfacher, suffiziente Kriseninterventionen durchzuführen, wenn sie klare, verlässliche Ansprechpersonen von Seiten der Jugendhilfeeinrichtung haben und sicher sein können, dass diese die betreffenden Kinder bzw. Jugendlichen bei vorhandener Absprachefähigkeit wieder übernehmen. Gleichzeitig werden Jugendhilfeeinrichtungen auch „psychiatrisch anspruchsvolle“ Kinder oder Jugendliche aufnehmen können, wenn sie die Sicherheit haben, in einem psychiatrischen Notfall weiter handlungsfähig bleiben zu können, indem sie jederzeit eine Notfallpsychiaterin bzw. einen Notfallpsychiater kontaktieren können und bei entsprechender Indikation die Option einer (geschlossenen) kinder- und jugendpsychiatrischen Hospitalisation besteht. Diesbezüglich bleibt es aber unerlässlich, dass **bereits vor einer Krise eine gemeinsame Definition von stationärer psychiatrischer Behandlungsbedürftigkeit** erfolgt. Für eine gelingende Kooperation ist es unerlässlich, dass grundsätzlich ein **mehrstufiges einrichtungsinternes Krisenmanagement** implementiert ist und **festen Kontaktpersonen im Krisenfall** festgelegt sind, so dass eine gemeinsame Haltung im Umgang mit Krisen entwickeln werden kann. Es ist sehr wichtig, dass aufgezeigt wird, was eine Einrichtung im pädagogischen Bereich unternommen hat, und welche Schritte der Deeskalationsversuche bereits getätigt wurden, bis bzw. bevor die Kontaktperson um einen kinder- und jugendpsychiatrischen Notfalltermin bittet. Wichtig ist gerade auch bei einer sehr intensiven Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie, dass nicht jede Krise in einer pädagogischen Institution automatisch zu einer psychiatrischen Krise mutiert

und immer sofort der kinder- und jugendpsychiatrische Notfalldienst angerufen, sondern die Selbstwirksamkeit der pädagogischen Fachkräfte in Krisensituation durch die Zusammenarbeit eher gestärkt wird. Dies geschieht beispielsweise, indem ein **gestufter Notfallplan** entwickelt wird, in welchen auch verschiedene sozialpädagogische Interventionen zur Stabilisierung eingehen. Dadurch nehmen die sozialpädagogischen Fachkräfte eine sehr aktive Rolle bei der Deeskalation ein, und es wird genau definiert, wann die Kinder- und Jugendpsychiaterin bzw. der Kinder- und Jugendpsychiater, gegebenenfalls mit welcher Intention, dazu kommt. Oft vermitteln schon allein diese Vorabgesprächen sowie die Tatsache, dass die diensthabenden pädagogischen Fachkräfte im Notfall eine Nummer der Klinik mit einer stationären Aufnahmemöglichkeit haben, sehr viel mehr Sicherheit für das pädagogische Handeln, sodass die Krisen zumeist nicht entstehen oder pädagogisch gelöst werden können. Die Erfahrung zeigt, dass es nicht zu mehr sondern eher zu weniger Diensteseinsätzen kommt und sich die Dauer der stationären Krisenintervention verkürzt (Besier, 2009).

Ebenfalls unabdingbar ist, dass die jeweiligen Kooperationspartner rechtzeitig die für sie relevanten Informationen über die „Krisenmacher und Systemsprenger“ erhalten. Eine Möglichkeit, ein individuelles Krisenmanagement vorzustrukturieren, ist der hier dargestellte vertragsmäßig gestaltete **„Plan zur Unterstützung schwieriger Situationen“**, von dem jede Partei eine Kopie erhält:

Ein Beispiel für den Umgang mit solchen Krisenplänen kann anhand folgender Fallvignette nachvollzogen werden, welche das gerade bei weiblichen Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe weitverbreitete Phänomen des selbstverletzenden Verhaltens mit ausgeprägten Suizidgedanken aufgreift. Selbstverletzendes Verhalten und Suizidgedanken stellen für die Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und den sozialpädagogischen Institutionen oft eine besondere Herausforderung dar.

Fallvignette:

1. Weibliche Jugendliche begann mit 14 Jahren mit selbstverletzendem Verhalten (SVV).
2. Auslöser waren für Außenstehende nicht recht nachvollziehbar, am ehesten Mobbingprobleme in der Schule und Einsamkeit nach Schulwechsel aufgrund Umzugs der Familie, zusätzlich Konflikte der Eltern auf Paarebene.
3. Das SVV wurde lange von den Eltern nicht registriert. Als die Mutter die oberflächlichen Schnittwunden an den Armen ihrer Tochter erstmals sah, erfolgte die Vorstellung im Ambulatorium des kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes.
4. Da die Jugendliche eine psychotherapeutische Begleitung verweigerte, passierte erst mal nichts, wobei der soziale Rückzug der Jugendlichen gepaart mit zunehmender Verweigerung, die Familienregeln einzuhalten, zunahm.
5. Schließlich verübte die Jugendliche nach einem halben Jahr einen Suizidversuch (Versuch, sich die Pulsschlagader aufzuschneiden, mit starkem Blutverlust, aufwendiger chirurgischer Versorgung) mit anschließender Klinikeinweisung. In der offenen jugendpsychiatrischen Abteilung Fortsetzung des selbstverletzenden Verhaltens und persistierende Suizidgedanken bei fehlender Absprachefähigkeit bezüglich eines Non-Suizidvertrags, weshalb eine Verlegung auf eine geschlossene Abteilung erfolgen musste. Mehrere Rückverlegungen auf die offene psychiatrische Abteilung gestalteten sich schwierig, da die Jugendliche ohne eine mittelfristige Perspektive zu regressivem Verhalten tendierte. Auf jeden Misserfolg und jede Kränkung in der Behandlung reagierte sie stark depressiv, mit völligem Rückzug und verstärkten Suizidgedanken, so dass eine stationäre Behandlung mit dem Ziel der Integration in die Heimatschule die Patientin überfordern würde und deshalb irgendwann keine sinnvolle Behandlungsoption mehr darstellte.
6. Letztlich nahm die geschlossene jugendpsychiatrische Station Kontakt mit einer interdisziplinär geführten Jugendhilfeeinrichtung, mit der Möglichkeit einer internen Schule und engmaschiger aufsuchender psychotherapeutischer Betreuung für die Dauer von einem halben Jahr auf. Ziel war es, in dieser Zeit eine funktionierende pädagogische und speziell

Fallvignette:

schulische Anschlusslösung zu finden. Die Jugendhilfeeinrichtung nahm die Jugendliche unter der Bedingung auf, dass die jugendpsychiatrische Klinik die Jugendliche jederzeit bei fehlender Absprachefähigkeit und drängenden Suizidgedanken wieder aufnehmen würde. Ebenso wurde intern ein Krisenablaufplan erstellt und klar definiert, wann der zuständige Notfallpsychiater hinzugerufen werden würde. Die Jugendliche konnte den klaren, übersichtlichen pädagogischen Rahmen der Jugendhilfeeinrichtung gut nutzen. Sie konnte in der internen Schule neue Erfolgserlebnisse sammeln und mit Hilfe des pädagogischen Coachings wieder funktionierende Beziehungen zu Gleichaltrigen aufbauen. In der psychotherapeutischen Behandlung konnte die Jugendliche lernen, ihre eigentlichen Bedürfnisse zu formulieren, und es erfolgte eine Verknüpfung zum pädagogischen Alltag sowie in der Elternarbeit eine „Übersetzung“ ihrer Not, d.h. es gelang, dass sie Bedürfnisse gegenüber ihren Eltern ausformulierte.

7. Trotz dieser sukzessiven Befundverbesserung trat nach mehreren Monaten eine Krise ein – zusammenhängend mit erneuten innerfamiliären Schwierigkeiten sowie einer zwischenzeitlichen Perspektivenunklarheit. Erneut begann die Jugendliche, sich selbst zu verletzen und äußerte wieder Suizidgedanken. Schließlich fehlte die Absprachefähigkeit, sodass der zuständige Notfallpsychiater hinzugerufen werden musste, welcher die Einweisung in die geschlossene psychiatrische Klinik durchführte. Dort trat rasch eine Stabilisierung ein und nach einer Woche bereits die Rückplatzierung in die Jugendhilfeeinrichtung. Während der Hospitalisierung erfolgten mehrmals in der Woche gegenseitige Absprachen zwischen Klinik und Jugendhilfeeinrichtung, Besuche durch die zuständigen Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen der Einrichtung und Verhaltensanalysen, um die Gründe für die krisenhafte Zuspitzung zu erarbeiten.
8. Die enge Kooperation zwischen Pädagogik und Klinik ermöglichte nicht nur die rasche Rückplatzierung, sondern auch eine zweckdienliche Fortsetzung der Aufarbeitung der Krise in der Einrichtung. Letztlich konnte die Jugendliche einen Weg finden, wie sie ihre Bedürfnisse auch ohne eine psychiatrische Hospitalisierung befriedigen konnte. Als zentrale Faktoren stellten sich der Einbezug der Mutter heraus sowie eine angst-

Fallvignette:

freie Erarbeitung von passenden schulischen Perspektiven für die Jugendliche, wo sie gesehen wurde, sodass sowohl ihr selbstverletzendes Verhalten als auch ihre Suizidgedanken aufhörten.

9. Sie wechselte schließlich in ein Schulheim über, in welchem sie sich wohl fühlte und ihren Schulabschluss machte. Von dort aus begann sie eine Berufsausbildung, konnte mit Hilfe eines pädagogischen Coachings Freundschaften aufbauen und zog schließlich wieder zu ihrer Mutter zurück.
10. Eine weitergehende Inanspruchnahme von psychiatrischen Notfallkonsultationen war nach der einwöchigen Krisenintervention in der geschlossen geführten jugendpsychiatrischen Klinik nicht weiter nötig gewesen. Als Erfolgsfaktor stellten sich die vielfältigen Kooperationen zwischen Psychiatrie und Pädagogik auf mehreren Ebenen heraus, die sich letztlich alle an den Entwicklungsaufgaben und der Lebenswirklichkeit der Jugendlichen orientierten.

9.3. Niederschwelligkeit

Unabdingbar für gelingende Kooperationen ist ein **gegenseitiger niederschwelliger Zugang zu den jeweiligen Angeboten**. Speziell Kliniken dürfen die Mitarbeitenden von stationären Jugendhilfeeinrichtungen nicht mit Familienmitgliedern der Patientinnen und Patienten gleichsetzen. Vielmehr sind sie als Fachpersonen zu sehen, mit denen sie gemeinsam eine hoch belastete Klientel betreuen. Auf die negativen Folgen von langen Fahrt- oder Wartezeiten, die immer das Risiko einer weiteren, teils raschen Befundverschlechterung in sich bergen, wurde oben bereits hingewiesen. Für kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken ist es genauso hilfreich, wenn sie niederschwellig, quasi auf dem „kurzen Dienstweg“, leichteren Zugang zu tragfähigen Versorgungsangeboten der Kinder- und Jugendhilfe erhalten (z.B. durch pädagogische „Time-Out“-Stellen oder zeitnahe Möglichkeiten für Anschlussplatzierungen).

9.4. Rechtzeitigkeit

Idealerweise sollten gelingende Kooperationen dazu führen, dass Krisen gar nicht erst auftreten oder bereits bei ersten Frühwarnzeichen eingedämmt werden können. In der Praxis erfolgt eine Kontaktaufnahme mit der jeweils anderen Disziplin aber oft erst, wenn bereits erste Ausstoßungstendenzen bestehen und der drohende Beziehungsabbruch kaum mehr zu verhindern ist. Ebenso gibt es für viele psychiatrische Krisen, wie z.B. akute Eigen- oder Fremdgefährdung, meistens gewisse prädisponierende Faktoren oder Frühwarnsymptome, die es rechtzeitig vor einer krisenhaften Zuspitzung zu erkennen gilt und auf die schnell reagiert werden sollte. Unserer Erfahrung nach bewähren sich computerbasierte **Screeninginstrumente (z.B. EQUALS)** als erfolgreiche Methode, um **Risikofaktoren** wie z.B. Suizidgedanken, eine erhöhte innere Anspannung oder erlebte traumatische Erfahrungen **frühzeitig zu erfassen**. Die somit erfassten Risikojugendlichen können auf diese Art und Weise schnell einer therapeutischen Begleitung zugeführt werden, ohne dass auf eine krisenhafte Zuspitzung der Symptomatik gewartet wird.

Gleichwohl treten in Jugendhilfeeinrichtungen häufiger als in anderen Hilfesystemen unvorhersehbare Notfallsituationen - oder zumindest krisenhaft anmutende zwischenmenschliche Zuspitzungen - auf, die die Notwendigkeit einer rechtzeitigen Inanspruchnahmefähigkeit von kinder- und jugendpsychiatrischen Notfalldiensten rechtfertigen.

9.5. Personelle Kontinuität/persönliche Ebene – gemeinsame Haltungsentwicklung

Trotz der unter 5.1 beschriebenen Notwendigkeit des Aufbaus von Strukturen unabhängig von Fällen und unabhängig von den jeweiligen Fachpersonen, zeigt die persönliche Erfahrung in der interdisziplinären Zusammenarbeit klar, dass das Gelingen oder Nichtgelingen von Kooperationen zwischen den Disziplinen sehr **stark von den beteiligten Personen abhängig** ist. Wichtig ist also letztlich, dass die „Chemie“ zwischen den Kooperationspartnern stimmt. Es braucht Zeit und die jeweilige Bereitschaft, eine gemeinsame Haltung zu bestimmten Themen zu entwickeln. Je enger die interdisziplinäre Zusammenarbeit gelebt wird, desto mehr Zeit sollte auch für **„informelle Begegnungen“** vorhanden sein. So kann es z.B. gerade im Rahmen eines milieuthérapeuti-

schen Arbeitens für die psychotherapeutische Fachperson sehr erhellend sein, in einer Pause die Lehrperson „live“ nach einer anstrengenden Unterrichtsstunde mit dem ständig Grenzen austestenden zehnjährigen Jungen zu erleben, der sich in der Spieltherapie meistens von seiner „Schokoladenseite“ zeigt.

Letztlich sollten die Schlüsselpositionen in Kooperationen von beiden Seiten durch Personen abgedeckt werden, die eine **größtmögliche personelle Kontinuität** bieten können (z.B. Fachdienstmitarbeiterinnen und -mitarbeiter der Jugendhilfeeinrichtung einerseits und leitende Psychologinnen/Psychologen oder Ärztinnen/Ärzte auf Klinikseite). Von Berufsanfängerinnen und Berufsanfängern mit teilweise kurzfristigen Verträgen ist für solche Schlüsselpositionen abzuraten, zumal sie mit ihrer geringen Berufserfahrung oft nicht in der Lage sind, den pädagogischen Teams die notwendige Sicherheit zu vermitteln.

9.6. Realistische Erwartungen

Gelingende Kooperationen müssen auf realistische Erwartungen an das Gegenüber aufgebaut sein. So sollte eine Kennenlernphase dahingehend genutzt werden, die jeweiligen **Grenzen** aufzuzeigen. Gerade kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken verfügen häufig über wenig pädagogische Strukturen, sodass deren Möglichkeiten für Kriseninterventionen bei Kindern, die sowohl psychiatrisch als auch pädagogisch anspruchsvoll sind, viel begrenzter sind, als dies von Jugendhilfeeinrichtungen häufig erwartet wird. Psychotherapeutische Interventionen benötigen in der Regel ausreichend Zeit, eine hohe Motivation zur Verhaltensänderung und Ressourcen, um solche Veränderungen zu erzielen. Zudem sind im psychotherapeutischen Setting oft Erklärungen, z.B. über die Schweigepflicht gegenüber Pädagoginnen und Pädagogen, notwendig, wenn diese wenig Verständnis dafür zeigen, dass sie nur wenig von den Therapieinhalten erfahren. Zu Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung sollte immer eine **Auftragsklärung** erfolgen. Einfach nur eine „Verhaltensbesserung“ bei einem schwierigen Kind zu erzielen, ist praktisch schon zum Scheitern verurteilt. Ohne Vorhandensein eines Auftrages ist es oft besser, noch keine Psychotherapie zu beginnen, da diese sonst zu einer frustrierenden Erfahrung mit teils verheerenden Folgen werden könnte. Genauso ist es oft umgekehrt. Da gerade pädagogisch anspruchsvolle Kinder schnell den kinder- und jugendpsychiatrischen Rahmen sprengen, richten sich nicht selten übergroße Erwartungen seitens Psychiatrie an die

Jugendhilfeeinrichtungen, mit diesen Kindern besser „fertig werden“ zu können.

Aber: Weder die Jugendhilfe noch die Psychotherapie/Psychiatrie können zaubern.

9.7. Gemeinsame Falldefinition

Die Erarbeitung einer gemeinsamen Falldefinition aus unterschiedlichen Blickwinkeln und mit unterschiedlichen Instrumenten und Interventionen ist das zentrale Element einer interdisziplinären Hilfe- und Förderplanung (vgl. Abb. 6). Entscheidend für eine gelingende gemeinsame Falldefinition ist, dass bei der Zieldefinition **gemeinsame und spezifische Verantwortlichkeiten** festgelegt werden. Der kinder- und jugendpsychiatrische Bereich kann hier vor allem einen „verstehenden“ Blick bieten – möglichst aus einer Außenperspektive sowie unter Einbezug der biographischen Erlebnisse des Kindes, des psychologischen und medizinischen Hintergrundwissens und bei laufender psychotherapeutischer Behandlung der erlebten Einzelperspektive des Kindes. Der pädagogische Bereich wiederum kann das „Alltagserleben“ und die damit verbundenen Beziehungserfahrungen mit dem Kind und dessen Bezugssystem (Eltern, Geschwister, weitere Verwandte, Schule etc.) einbringen. Ganz wichtig ist auch der Einbezug von Übertragungs- bzw. Gegenübertragungspänomenen bei den Pädagoginnen und Pädagogen. Wenn im gemeinsamen Austausch zwischen pädagogischem und therapeutischem Team nun eine gemeinsame Falldefinition mit dem Hauptaugenmerk auf die erfolgreiche Erreichung seiner altersgemäßen Entwicklungsaufgaben gelegt wird, erhält das Kind gleichzeitig Unterstützung von verschiedenen Seiten, und die betreuenden Erwachsenen befruchten und stärken sich in der gemeinsamen Arbeit ebenso.

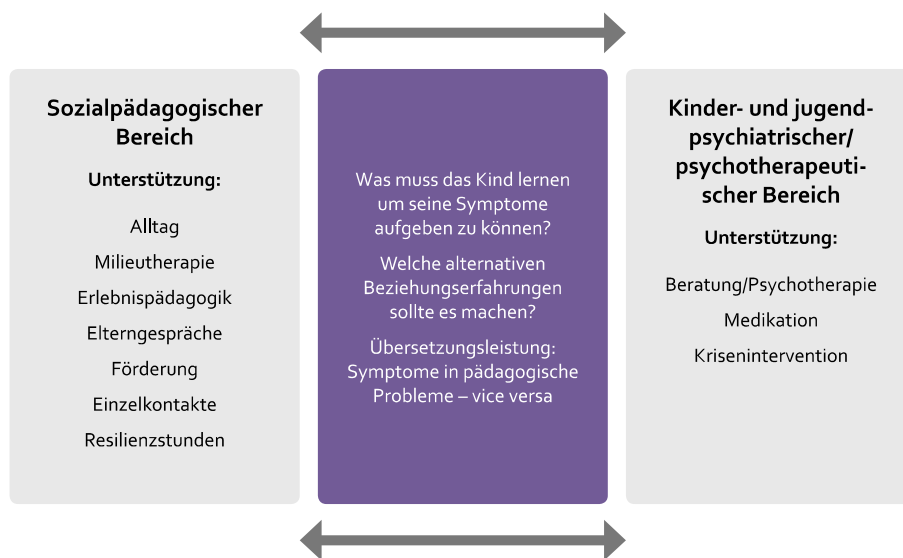


Abbildung 6: Gemeinsame Falldefinition

9.8. Fallverantwortung

Über 25% der Kinder und Jugendlichen, die stationär in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt werden, werden anschließend in der stationären Jugendhilfe begleitet (Presting et al., 1998; Martin, 2002; Beck & Warnke, 2009; Beck et al., 2015). Die damit verbundene **psychiatrische Fallverantwortung** bleibt auch nach dem Übertritt in die Jugendhilfeeinrichtung bei der Klinik bestehen, es sei denn, eine anderweitige psychiatrische Fachperson (z.B. niedergelassene/r Kinder- und Jugendpsychiaterin/-psychiater) hat die Fallverantwortung übertragen bekommen. Bei einer guten Kooperation bleibt man solange in der Mitverantwortung, bis man vom **Kooperationspartner daraus entlassen** wird.

Genauso essentiell ist es, bei stationären Aufenthalten von Kindern aus Jugendhilfeeinrichtungen in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken, dass die Jugendhilfeeinrichtung auch während des Klinikaufenthaltes ihre **Fallverantwortung** weiter wahrnimmt. Dies sollte in Form von regelmäßigen Besuchen, Kontakthalten und Wochenendbeurlaubungen in die Jugendhilfeeinrichtungen erfolgen.

Allfällige Beziehungsprobleme müssen dort geklärt werden, wo sie entstanden sind, und dürfen zur Klärung nicht an die jeweils andere Disziplin delegiert werden.

Entlassungen aus der Jugendhilfeeinrichtung während einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung sind als absolute Potenzierung eines Beziehungsabbruches zu sehen und ethisch kaum zu rechtfertigen. Sollte eine stationäre Behandlung aufzeigen, dass ein Institutionswechsel indiziert ist, ergibt es in den meisten Fällen Sinn, dennoch ein Abschiedsritual in der Jugendhilfeeinrichtung zu organisieren.

Insgesamt sollte folgender Leitspruch gelten: *„Die Verantwortung gehört dorthin, wo sie hingehört“*.

9.9. Fachliche Position in die Hilfeplanung einbringen

Der zentrale Ort, wo wesentliche Entscheidungen für Kinder, die in Jugendhilfeeinrichtungen platziert sind, getroffen werden, sind Hilfeplangespräche bzw. Standortgespräche. Dies ist den Kindern in der Regel sehr bewusst, nicht jedoch immer den anwesenden Erwachsenen. So kann z.B. ein verspätetes Eintreffen oder gar ein Vergessen eines Hilfeplangespraches von Seiten einer beteiligten erwachsenen Person für ein Heimkind eine tiefgreifende Kränkung darstellen. Auch erleben Kinder in diesen Hilfeplangesprächen nicht selten, dass ihre Fragen, Sorgen oder Anliegen wenig bis gar nicht berücksichtigt werden, und sie diese in der angespannten Situation, auch wegen ihrer ausgeprägten Selbstunwirksamkeitserwartung und Dissoziationsneigung, selbst nicht ausreichend einbringen können. Auch passiert es häufig, dass ihre Situation einseitig dargestellt und z.B. ein therapeutischer oder störungsspezifischer Unterstützungsbedarf schlichtweg vergessen wird. Dieser Umstand kann bei vorhandenen Kooperationen verhindert werden, indem der kinder- und jugendpsychiatrische Kooperationspartner aktiv an Hilfeplangesprächen teilnimmt, selbst die Befunde aus seinem Fachgebiet präsentiert und deren Bedeutung für die interdisziplinäre Hilfeplanung darstellt. Wichtig ist dabei, dass die psychiatrische Fachperson die Möglichkeiten und Angebote der

Jugendhilfe gut kennt, damit diese passgenau genutzt werden können. In diesem Zusammenhang sollte nochmals an die Möglichkeiten der Eingliederungshilfe über § 35a SGB VIII erinnert werden.

Die entsprechende Kinder- und Jugendpsychiaterin/ Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut/ Kinder- und Jugendpsychiater kann an solchen Gesprächen auch gut seine Rolle als „unabhängiger Anwalt des Kindes und Gutachter dessen, was es für seine Teilhabe braucht“ wahrnehmen und somit einerseits die entwicklungsstandsadäquate Partizipation des Kindes oder Jugendlichen sicherstellen, ohne andererseits in eine Konkurrenzsituation mit den Eltern zu kommen.

Gerade bei jungen Frauen und Männern, die dabei sind, das achtzehnte Lebensjahr zu vollenden, sollte auch aus einer psychiatrischen/psychotherapeutischen Perspektive heraus, rechtzeitig eine Nachbetreuung mit entsprechender sozialpädagogischer Unterstützung bei der Bewältigung der anstehenden Entwicklungsaufgaben vorbereitet werden (z .B. im Rahmen der Hilfe für junge Volljährige oder über die Eingliederungshilfe für Erwachsene). Denn oft sind die Jugendlichen mit der gewonnenen Freiheit, selbst über ihren Hilfebedarf entscheiden zu können, aber eben auch entsprechende Hilfen selbst beantragen zu müssen, noch überfordert.

9.10. Interdisziplinäre Entwicklung störungsspezifischer pädagogischer Konzepte

Für die Betreuung von psychisch belasteten Menschen benötigen die Fachkräfte störungsspezifisches Wissen. Die Traumapädagogik stellt hierfür ein Paradebeispiel dar.

Aber auch die pädagogische Arbeit mit anderen Störungsbildern profitiert von einem breiten Wissen über die Symptomatik und die damit einhergehenden spezifischen pädagogischen Bedürfnisse. Beispielsweise erfordern Jugendliche mit einer Autismus-Spektrums-Störung einen anderen pädagogischen Umgang als Jugendliche, die eine Borderline-ähnliche Persönlichkeitsstruktur besitzen. Auch bei der Ausgestaltung der Zimmer und Unterrichtsräume sollte störungsspezifisches Wissen miteinbezogen werden. Kinder mit einer Aufmerksamkeitsstörung benötigen beispielsweise eine reizarme Umgebung, mit wenigen Ablenkung und strukturierten Abläufen. Von großer Bedeutung für

die pädagogische Förderung von Kindern mit Aufmerksamkeitsproblemen ist die Möglichkeit, mehrere Kinder mit wenigen Lehrkräften zu betreuen, die es erlaubt, konzentriertes Arbeiten unmittelbar zu verstärken und Störreize durch andere Kinder weitgehend zu eliminieren (Nievenstein, 2003). Aufgaben und Tagesabläufe etc. sollten visualisiert im Alltag mehrmals dargestellt und symbolisiert werden. Bei aller Reizarmut sollte diese Umgebung trotzdem Wärme und Geborgenheit ausstrahlen und ihnen auch die Möglichkeit zu Bewegungspausen zur Abfuhr der inneren Unruhe erlauben. Um die pädagogischen Fachpersonen mit den störungsspezifischen Bedürfnissen der von ihnen betreuten Kinder und Jugendlichen vertraut zu machen, sollten diese niederschweligen Zugang zu **Weiterbildungsmöglichkeiten** haben. Auch würde es sich regelrecht bezahlt machen, wenn pädagogische Fachkräfte bei der Erstellung von interdisziplinären Konzepten psychiatrische Kooperationspartner direkt miteinbeziehen, um spezifische Konzepte auf der Basis einer psychiatriebezogenen Sozialpädagogik bereits gemeinsam zu erarbeiten und nachhaltig finanzieren zu können.

10. Traumapädagogische Aspekte: Stärkung der Selbstwirksamkeit der Fachkräfte im Umgang mit psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen durch Aufbau eines sicheren Ortes mit Hilfe von Kooperationen

Der Aufbau von Kooperationen - speziell zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfeeinrichtungen - ist vor allem auch unter traumapädagogischen Gesichtspunkten ein elementarer Baustein zum Aufbau eines sicheren Ortes. Hoch belastete Kinder und Jugendliche, wie sie in Jugendhilfeeinrichtungen untergebracht sind, benötigen ein hohes Maß an Versorgung. Diese Versorgung können sie allerdings nur von Fachpersonen erhalten, die selbst ausreichend versorgt sind.

Um diese auch in Krisensituationen zu erhalten oder wieder zu erlangen, benötigen Mitarbeitende ähnliche innerpsychische Fertigkeiten wie die

betreuten Kinder. Diese Versorgung kann sicherlich innerhalb der Institution in Form von „**Versorgungsketten**“ mit der Leitung, dem Fachdienst/Teamentwicklung und den Gruppenpädagog/innen als Kettenglieder erfolgen. In einem traumapädagogischen Verständnis sollte folglich jede Kooperation darauf abzielen, die Sicherheit der gesamten Institution zu verbessern und die einzelnen Kettenglieder der Versorgungskette zu stabilisieren.

Für den Erfolg der Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe ist entscheidend, dass alle Beteiligten verstehen, dass nur eine **regelmäßige Kooperation, ein regelmäßiger Austausch über viele Fälle, das nötige Fachwissen und der Transfer des Wissens** zum Erfolg führen, was natürlich auch eine Investition darstellt. Der Wunsch, im Krisenfall plötzlich und unmittelbar auf eine eingespielte effektive Kooperation zurückgreifen zu können, ohne kontinuierlich im Alltag Ressourcen für die Zusammenarbeit aufzuwenden, ist zwar nachvollziehbar, aber nicht sehr realistisch. Eine Kooperation muss gut geübt und sicher sein, um dann auch in Krisen belastbar zu sein und dann allen Beteiligten die nötige Handlungssicherheit geben zu können.

„Schließe Freundschaft, solange du sie nicht brauchst.“

Amerikanisches Sprichwort

Eine **kinder- und jugendpsychiatrische Außenperspektive** kann institutionsinterne Versorgungsstrukturen in der Versorgung von komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen wertvoll ergänzen. Eine kinder- und jugendpsychiatrische Außenperspektive unterscheidet sich von einer Supervision, weil diese ebenfalls involviert ist, eine Mitverantwortung für den Fall übernimmt und nicht nur der Selbstreflexion dient. Gerade diese geteilte Verantwortung erhöht oft die Sicherheit aller Beteiligten (auch der Vertreterinnen und Vertreter der kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken). Ein unvoreingenommener Blick aus anderen Perspektiven ermöglicht es oft, die institutionsinterne Versorgungskette passgenau zu unterstützen, indem jeder Funktionsträger auf seiner Ebene eine konkrete Idee entwickeln kann, welcher spezifische pädagogische Bedarf aus der kinder- und jugendpsychiatrischen Symptomatik resultiert, und wie dieser im pädagogischen Alltag bei der Teambesprechung, Hilfeplanung und bei der Ausgestaltung von Kooperationen beachtet werden könnte oder sollte.

11. Gute Gründe für Kooperationsprobleme

Auch aus systemischer Perspektive lassen sich einige zentrale Punkte einer gelingenden Kooperation herausarbeiten. Dort sind ebenfalls Partizipation und transparente Klärung der Verantwortlichkeiten sowie die Vermeidung verdeckter Delegationen benannt (Ochs & Orban, 2012). Aus systemischer und traumapädagogischer Perspektive ist es sehr wichtig, die **Hindernisse für die Kooperation und/oder guten Gründe für die Nicht-Kooperation** zu analysieren und gegebenenfalls die dahinter stehenden Unsicherheiten zu verfolgen (Schmid, 2012, 2013). Das sind neben mangelnden Ressourcen häufig Aspekte, die damit zu tun haben, die eigenen Grenzen zu benennen und sich mit seinen Stärken wie Schwächen zu zeigen. Gründe für die Nichtkooperation liegen oft in der Unsicherheit der einzelnen Fachkräfte, in ungeklärten Konflikten und Rollenzuschreibungen sowie diffusen Ängsten innerhalb einer Institution. Teilweise wird auch die Schweigepflicht als Argument für die Nicht-Kooperation angeführt. Diese Hindernisse sind aber bei einer entsprechenden transparenten Haltung gegenüber der Klientin bzw. dem Klienten rasch abzubauen, schließlich dient ein enger Austausch der Beteiligten seiner/ihrer Entwicklung und dem Erreichen der Therapieziele. Wenn klar benannt wird, was die Therapeutin/der Therapeut zu welchem Zweck und mit welchem Nutzen für die Klientin/den Klienten mit wem im Team kommunizieren möchte, findet sich fast immer eine Lösung. Dabei ist zu beachten, dass gerade bei Personen, die sehr viele institutionelle Wechsel erlebt haben, die **Schweigepflicht** eher überbetont werden sollte. Denn es ist wichtig, ihnen zu helfen, unterschiedliche Intimitätsgrade von Beziehungen zu unterscheiden (vgl. Schmid, 2012).

Allgemein ist zu empfehlen, dass sich beide Kooperationspartner regelmäßig über die Ausgestaltung der Kooperationsbeziehungen austauschen, sich einerseits gegenseitig für die gelingende Kooperation positiv verstärken und andererseits gemeinsam gute Gründe für Probleme im Kooperationsprozess analysieren und ausräumen.

12. Schlussfolgerung

Psychisch belastete Kinder und Jugendliche mit vielfältigen psychopathologischen Symptomen sind in sozialpädagogischen Institutionen und im Pflegekinderwesen eher die Regel als die Ausnahme. Um die Entwicklung dieser Kinder und Jugendlichen optimal zu fördern, ist eine enge Kooperation der verschiedenen beteiligten Hilfesysteme aus der stationären Jugendhilfe, öffentlichen Jugendhilfe, Schule und Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie (niedergelassen und Kliniken) sowie eine fundierte Ausbildung des Fachpersonals unabdingbar. Die Bedeutung von psychischen Belastungen oder einzelnen psychischen Störungen für den Verlauf von Jugendhilfemaßnahmen wird leider oft immer noch unterschätzt und in der personellen und strukturellen Ausgestaltung der Hilfen zu wenig berücksichtigt. Die psychische Störung sollte im Hilfeprozess von der Indikationsstellung bis zur Entlassung eines Heranwachsenden und bei dessen Planung berücksichtigt werden. Die hohe Prävalenz von psychischen Störungen bei Heimkindern und -jugendlichen erfordern eine kontinuierliche, fallunabhängige kooperative Zusammenarbeit speziell zwischen Jugendhilfeeinrichtungen und der Kinder- und Jugendpsychiatrie. So rechtfertigt der Bedarf der psychisch belasteten Kinder und Jugendlichen bei jeder Fremdplatzierung ein kinder- und jugendpsychiatrisches/-psychotherapeutisches Screening und bei positivem Ergebnis eine Abklärung, insbesondere bei Umplatzierungen nach Abbrüchen. Es ist sehr erfreulich, dass die psychische Belastung von Heimkindern, insbesondere auch als Folge des 13. Kinder- und Jugendberichts (Bundesministerium für Familie, 2009) in Deutschland, aber auch international, mehr Beachtung erfährt. Traumapädagogische Konzepte haben in diesem Prozess eine große Bedeutung, da sie die Bedeutung der pädagogischen Profession und der Lebensweltorientierung in diesen Kooperationsbeziehungen aufwerten und helfen, eine gemeinsame Sprache zu entwickeln. Das Konzept des sichereren Ortes steht bei der Hilfeplanung dafür, eine Kontinuität zu erreichen und Verschiebebahnhöfe zu vermeiden. Zudem sorgt es dafür, dass Kinder und Mitarbeitende transparent informiert und orientiert in die Kooperation gehen sowie diese partizipativ mitgestalten können. Es spricht vieles dafür, dass sowohl der Umgang mit den Klientinnen und Klienten als auch der Umgang mit Kooperationspartnern in erster Linie eine Frage der Haltung ist und sich eine förderliche, wertschätzende Haltung auf allen Feldern bewährt. Dies führt hoffentlich dazu, dass die wertvolle Arbeit, die von Pflegefamilien und pädagogischen Fachkräften in der Jugendhilfe geleistet wird, die verdiente Wertschätzung und gesellschaftliche

Anerkennung erfährt. Ebenso wäre es wünschenswert, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf diesem Feld auch strukturell weiterentwickelt und adäquat gegenfinanziert werden kann, um dem Bedarf, die psychisch belastete Kinder haben, die nicht bei ihren Eltern leben können, gerechter werden zu können.

13. Literatur

- Astley, S. J., Stachowiak, J., Clarren, S. K., & Clausen, C. (2002). Application of the fetal alcohol syndrome facial photographic screening tool in a foster care population. *The Journal of Pediatrics*, *141*(5), 712-717.
- Beck, N. (2015). Jugendhilfebedarf nach (teil-)stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, *43*(6), 443-453.
- Beck, N., & Warnke, A. (2009). Jugendhilfebedarf nach stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, *37*(1), 57-67.
- Besier, T., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2009). Evaluation of psychiatric liaison-services for adolescents in residential group homes. *European Psychiatry*, *24*(7), 483-489.
- Blower, A., Addo, A., Hodgson, J., Lamington, L., & Towlson, K. (2004). Mental Health of 'Looked After' Children: A Needs Assessment. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *9*(1), 117-129.
- Boos, A. (2005). *Kognitive Verhaltenstherapie bei chronischen Traumatisierungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Bundesministerium für Familie, S., Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2009). *13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland*. Berlin: BMFSFJ: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

- Cloitre, M., Cohen, L. R., & Koenen, K. C. (2014). *Sexueller Missbrauch: Ein Therapieprogramm zur Behandlung komplexer Traumafolgen (Therapeutische Praxis)* (Vol. 75). Göttingen: Hogrefe.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Noonan, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C. L., . . . Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD Related to Childhood Abuse: A Randomized Controlled Trial. *The American Journal of Psychiatry*, *167*(8), 915-924.
- Dyer, A., Priebe, K., Steil, R., Krüger, A., & Bohus, M. (2009). Dialektisch-Behaviorale Therapie zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung mit schweren Störungen der Emotionsregulation. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, *42*(2), 283-307.
- Erhart, M., Hölling, H., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U., & Schlack, R. (2007). Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *50*(5/6), 800-809.
- Ford, T., Vostanis, P., Meltzer, H., & Goodman, R. (2007). Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households. *The British Journal of Psychiatry*, *190*, 319-325.
- Habetha, S., Bleich, S., Sievers, C., Marschall, U., Weidenhammer, J., & Fegert, J. M. (2012). *Kein Kind mehr - kein(e) Trauma(kosten) mehr?* Kiel: Schmidt & Klaunig.
- Hammer, W. (2010). Kinderschutz - Spannungsverhältnisse gestalten. In G. Süß & W. Hammer (Eds.), *Kinderschutz - Risiken erkennen - Spannungsverhältnisse gestalten* (pp. 13-25). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hukkanen, R., Sourander, A., Bergroth, L., & Piha, J. (1999). Psychosocial factors and adequacy of services for children in children's homes. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *8*(4), 268-275.
- Jaritz, C., Wiesinger, D., & Schmid, M. (2008). Traumatische Lebensereignisse bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe. *Trauma & Gewalt*, *2*(4), 266-277.

- Jenkel, N., Schröder, M., & Schmid, M. (2012). Vom Modellversuch zum Gemeinschaftsprojekt - EQUALS: Ergebnisorientierte Qualitätssicherung in sozialpädagogischen Einrichtungen. *SozialAktuell*(12), 24-26.
- Juul, J. (2012). *Vier Werte, die Kinder ein Leben lang tragen*. München: Gräfe und Unzer.
- Kalland, M., Sinkkonen, J., Gissler, M., Merilainen, J., & Siimes, M. A. (2006). Maternal smoking behavior, background and neonatal health in Finnish children subsequently placed in foster care. *Child Abuse & Neglect*, 30(9), 1037-1047.
- Kleindienst, N., Limberger, M. F., Ebner-Priemer, U. W., Keibel-Mauchnik, J., Dyer, A., Berger, M., . . . Bohus, M. (2011). Dissociation predicts poor response to dialectical behavioral therapy in female patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 25(4), 432-447.
- Kühn, M. (2009). "Macht Eure Welt endlich wieder mit zu meiner!" Anmerkungen zum Begriff der Traumapädagogik. In J. Bausum, L. Besser, M. Kühn & W. Weiss (Eds.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (pp. 23-35). Weinheim: Juventa.
- Kühn, M. (2006). *Bausteine einer „Pädagogik des Sicheren Ortes“ - Aspekte eines pädagogischen Umgangs mit (traumatisierten) Kindern in der Jugendhilfe aus der Praxis des SOS-Kinderdorfes Worpswede*. Paper presented at the (Akut) traumatisierte Kinder und Jugendliche in Pädagogik und Jugendhilfe, Merseburg.
- Lange, M., Kamtsiuris, P., Lange, C., Schaffrath Rosario, A., Stolzenberg, H., & Lampert, T. (2007). Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50(5/6), 578-589.
- Leenarts, L. E., Diehle, J., Doreleijers, T. A., Jansma, E. P., & Lindauer, R. J. (2013). Evidence-based treatments for children with trauma-related

psychopathology as a result of childhood maltreatment: a systematic review. *European Child & Adolescence Psychiatry*, 22(5), 269-283.

- Lempp, R. (1991). Therapie und Pädagogik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In U. Lehmkuhl (Ed.), *Therapeutische Aspekte und Möglichkeiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Berlin: Springer.
- Lynch, S. M., Forman, E., Mendelsohn, M., & Herman, J. (2008). Attending to dissociation: assessing change in dissociation and predicting treatment outcome. *Journal of Trauma & Dissociation*, 9(3), 301-319.
- Martin, M. (2002). Fremdunterbringung. In G. Esser (Ed.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (pp. 536-544). Stuttgart: Thieme.
- McCann, J. B., James, A., Wilson, S., & Dunn, G. (1996). Prevalence of psychiatric disorders in young people in the care system. *BMJ: British Medical Journal*, 313(7071), 1529-1530.
- Nieselstein, K. (2003). Das SILENTIUM als Methode der nachschulischen Förderung. In E. Krüger (Ed.), *Hilfeform Tagesgruppen - Aktuelle Beiträge zur Fachdiskussion. Reihe "Praxis und Forschung"* (pp. 144-148). Frankfurt a.M.: Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen e.V.
- Ochs, M., & Orban, R. (2012). Gelingende Kooperationen gestalten als ein Kernkonzept systemischen Arbeitens. *Kontext*, 43(2), 154-166.
- Presting, G., Hoger, C., Witte-Lakemann, G., Specht, F., & Rothenberger, A. (1998). Variationsbreite stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie - Ergebnisse einer multizentrischen Dokumentation. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 26(2), 97-112.
- Priebe, K., Steil, R., Kleindienst, N., Dyer, A. S., Krueger, A., & Bohus, M. (2012). Psychotherapie der Posttraumatischen Belastungsstörung nach sexuellem Missbrauch: Ein Überblick über die Datenlage. *PPmP - Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 62(1), 5-17.
- Rosner, R., & Steil, R. (2008). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.

- Rosner, R., Henkel, C., Ginkel, K., & Mestel, R. (2010). Was passiert nach der stationären Stabilisierung mit komplex traumatisierten PTB-Patientinnen? Die Bedeutung von Stabilisierung und Konfrontation für die Behandlung traumatisierter Frauen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58(2), 127-135.
- Sack, M. (2010). *Schonende Traumatherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Schäfer, I., Goldbeck, L., & Rosner, R. (2015). Wie können wirksame Methoden zur Diagnostik und Behandlung von Traumafolgen ein Teil der Routineversorgung werden? Projekte zur Dissemination und Implementierung von Interventionen im Rahmen der BMBF-Verbünde zu Missbrauch, Vernachlässigung und Gewalt. *Trauma und Gewalt*, 9(2), 160-167.
- Schmid, M. (2007). *Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe*. Weinheim: Juventa.
- Schmid, M. (2007). Stationärer Kontext - Kooperation zwischen stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie und stationärer Jugendhilfe bei Adoleszenten mit einer Borderline -Persönlichkeitsstörung. In R. Brunner & F. Resch (Eds.), *Borderline-Störungen und selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen: Ätiologie, Diagnostik und Therapie* (pp. 195-229). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmid, M., & Goldbeck, L. (2010). Kognitiv verhaltenstherapeutische Ansätze bei komplex traumatisierten Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59(6), 453-476.
- Schmid, M. (2012). Psychotherapie von Traumafolgestörungen im Kontext der stationären Jugendhilfe. In M. A. Landolt & T. Hensel (Eds.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen* (2 ed., pp. 404-440). Göttingen: Hogrefe.
- Schmid, M., & Fegert, J. M. (2012). Fremdplatzierte Kinder in Pflegefamilien und stationärer Jugendhilfe. In C. Eggers, J. M. Fegert & F. Resch (Eds.), *Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (pp. 63-74). Heidelberg: Springer.

- Schmid, M., Schröder, M., & Jenkel, N. (2012). Traumatisierte Kinder zwischen Psychotherapie und stationärer Jugendhilfe - gemeinsame Falldefinition und Hilfeplanung anhand von EQUALS. In S. B. Gahleitner & H. G. Homfeldt (Eds.), *Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste* (pp. 133-158). Weinheim: Beltz Juventa.
- Schmid, M. (2013). Psychisch belastete Kinder in der Heimerziehung eine kooperative Herausforderung. In Integras (Ed.), *Leitfaden Fremdplatzierung* (pp. 142-160). Zürich: Integras.
- Schmid, M., Dölitzsch, C., Pérez, T., Jenkel, N., Schmeck, K., Kölch, M., & Fegert, J. M. (2014). Welche Faktoren beeinflussen Abbrüche in der Heimerziehung – welche Bedeutung haben limitierte prosoziale Fertigkeiten? *Kindheit und Entwicklung*, 23(3), 161-173.
- Statistisches Bundesamt (2012). <https://www.destatis.de/DE/Startseite.html>
- Statistisches Bundesamt (2010). <https://www.destatis.de/DE/Startseite.html>
- Steil, R., Krueger, A., Dyer, A., Priebe, K., Feldmann, R. E., Jr., & Bohus, M. (2010). DBT-PTSD - Dialektisch Behaviorale Therapie zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung mit schwerer Störung der Emotionsregulation nach sexualisierter Gewalt in der Kindheit und Jugend. *Trauma & Gewalt*, 4(2), 106-117.
- Schweitzer, J. (2001). Systemische Jugendlichenpsychotherapie: Ein Multi-System-Ansatz bei dissozialem, delinquentem und gewalttätigem Verhalten Jugendlicher. In W. Rotthaus (Ed.), *Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (pp. 185-204). Heidelberg: Auer.
- Schweitzer, J. (2001). Ungleiche Partner - Wann lohnt sich die Kooperation von Jugendhilfe und Schule? In P. Becker & J. Schirp (Eds.), *Jugendhilfe und Schule - Zwei Handlungsrationitäten auf dem Weg zu einer?* (pp. 86-99). Münster: Votum.
- Thoburn, J. (2007). *Globalisation and child welfare: some lessons from a cross-national study of children in out-of-home care*. Norwich: School of Social Work and Psychosocial Sciences.